UNE RÉFORME AXÉE SUR LE CITOYEN

Gouvernement du Québec
Ministère de la Santé et des Services sociaux

91-05523/

PRÉAMBULE

Il me fait grand plaisir de présenter, au nom du gouvernement du Québec, la réforme du système de la santé et de services sociaux. L'Assemblée nationale sera bientôt invitée à sanctionner les dispositions législatives qui permettront d'adopter les principales mesures et d'initier les changements les plus importants.

Nous en sommes donc à la dernière étape d'une entreprise engagée il y a plus de cinq ans. La réforme que j'annonce a en effet été élaborée au terme du large débat, marqué de nombreuses consultations, que le rapport de la Commission Rochon, dans un premier temps, puis le document d'orientations de ma prédécesseure, madame Thérèse Lavoie-Roux, ont rendu possible. Ces travaux et ces échanges, et tout spécialement les auditions de la Commission parlementaire du début de cette année, auront permis de bien identifier les mérites et les limites de notre système de santé et de services sociaux. Nous avons pu ainsi, collectivement, réaffirmer un certain nombre d'objectifs, en cerner de nouveaux, identifier les acquis à protéger en même temps que les changements qui devaient être introduits.

Au moment d'annoncer les décisions gouvernementales, je tiens à remercier ceux et celles - professionnels, administrateurs d'établissements, syndiqués, membres de corporations professionnelles, représentants d'organismes communautaires, personnel du Ministère, mais surtout, usagers et citoyens - qui ont, à un moment ou l'autre, été associés à l'analyse des besoins et ont apprécié les solutions qui pouvaient être mises en oeuvre.

Au terme de ces consultations, au moment d'élaborer les solutions et de faire les choix que je rends publics, j'aurai pour ma part adopté résolument le point de vue de ceux qui ont souhaité que notre système de santé et de services sociaux soit réorienté vers le citoyen. Les orientations et les mesures qui suivent visent le même but: recentrer le système sur des objectifs plutôt que sur les moyens, l'orienter en fonction des besoins de la personne, de ses problèmes et de ses attentes, lui permettre de s'ajuster à ces besoins avec souplesse et rapidité; bref, placer la personne au centre du système.

J'entretiens l'espoir que cette perspective, nouvelle à bien des égards, entraînera à tous les niveaux une autre manière de penser et d'offrir les services. Ce faisant, les artisans du système de santé et de services sociaux y trouveront une satisfaction et une valorisation professionnelle accrues tandis que les Québécoises et les Québécois pourront compter sur un réseau de services de santé et de services sociaux de qualité, répondant plus efficacement à leurs besoins.

Le ministre

Marc-Yvan Côté

Québec, le 7 décembre 1990

TABLE DES MATIÈRES

LA RÉFORME DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

INTRODUCTION 8

1. Le pourquoi de la réforme 8

2. Les défis de la réforme 9

3. L'objectif de la réforme 10

4. Les orientations de la réforme 12

I. POUR LE CITOYEN CONSOMMATEUR 13

1. DES CITOYENS DONT LES DROITS SONT RECONNUS ET RESPECTÉS 13

1.1 Renforcer et élargir les droits des usagers 14

1.2 Renforcer les mécanismes d'aide et d'accompagnement 15

1.3 Rendre les mécanismes de traitement des plaintes plus transparents, crédibles et efficaces 16

1.3.1 Les plaintes adressées au réseau 16

1.3.2 Les plaintes adressées aux corporations professionnelles 17

2. DES CITOYENS QUI BÉNÉFICIENT DE SERVICES ADAPTÉS À LEURS BESOINS 17

2.1 Corriger les problèmes d'accessibilité de l'ensemble de la population à des services spécifiques 18

2.1.1 Consolider le réseau de première ligne 19

2.1.2 Améliorer les services d'urgences hospitalières 20

2.1.3 Moderniser et adapter les installations et les équipements 21

2.1.4 Définir le rôle et la place des thérapies alternatives au sein du réseau de services 23

2.2 Adapter l'ensemble des services aux besoins de groupes particuliers 23

2.2.1 Les personnes âgées 24

2.2.2 Les jeunes en difficulté 27

2.2.3 Les personnes handicapées 30

2.2.4 Les personnes alcooliques et toxicomanes 31

2.2.5 Les nations autochtones 33

2.2.6 La communauté anglophone 33

2.2.7 Les communautés culturelles 33

3. DES CITOYENS QUI REÇOIVENT DES SERVICES LE PLUS PRÈS POSSIBLE DE LEUR MILIEU DE VIE 34

3.1 Les médecins 34

3.1.1 Combler la pénurie dans des spécialités de base 35

3.1.2 Améliorer la répartition géographique des médecins 36

3.2 Les infirmières 38

3.3 Le personnel de réadaptation 39

3.4 Le personnel du secteur social 40

4. DES CITOYENS ACCUEILLIS, AIDÉS ET TRAITÉS PAR UN PERSONNEL DÉVOUÉ ET DÉDIÉ À SA TÂCHE 40

4.1 Motiver le personnel 41

4.1.1 Favoriser la participation du personnel à l'orientation générale de l'établissement 41

4.1.2 Faire participer le personnel à l'organisation de son milieu de travail 42

4.2 Valoriser le personnel 42

4.2.1 Favoriser une plus grande autonomie professionnelle 42

4.2.2 Réduire les conditions de travail difficiles 43

4.2.3 Reconnaître l'excellence 44

4.3 Fournir au personnel l'occasion de relever de nouveaux défis 44

4.3.1 Faire en sorte que le développement des ressources humaines devienne une préoccupation permanente 44

4.3.2 Accroître le perfectionnement 44

4.3.3 Accroître la mobilité 45

II. POUR LE CITOYEN DÉCIDEUR 47

1. UNE PRISE DE DÉCISION LE PLUS PRÈS POSSIBLE DE L'ACTION 47

1.1 Procéder à une réelle décentralisation vers les régions 48

1.1.1 Le Ministère 49

1.1.2 Les régies régionales 49

1.1.3 Les établissements 50

1.2 Définir des fonctions et des responsabilités claires 50

1.2.1 Les établissements 51

1.2.2 Revoir l'organisation de la santé publique 57

1.2.3 Reconnaître l'apport des organismes communautaires 59

1.3 Accorder une marge de manoeuvre véritable aux établissements 62

1.3.1 Alléger la réglementation actuelle 63

1.3.2 Permettre l'adoption de structures internes mieux adaptées 63

1.3.3 Viser une plus grande intégration des médecins à l'établissement 64

2. DES CITOYENS AU COEUR DE LA PRISE DE DÉCISION 64

2.1 Confier des responsabilités, devoirs et pouvoirs aux conseils d'administration 64

2.1.1 Les établissements 65

2.1.2 Les régies régionales 67

2.1.3 Le poste de directeur général 68

2.2 Accroître la complémentarité et la concertation entre les établissements 68

2.3 Des conseils d'administration composés majoritairement de citoyens 69

3. DES CITOYENS IMPUTABLES DE LEURS DÉCISIONS 72

3.1 Les conseils d'administration des établissements 72

3.2 Les conseils d'administration des régies régionales 73

III. POUR LE CITOYEN PAYEUR 75

1. LES FAITS 75

1.1 Les dépenses per capita 75

1.2 Le rythme d'augmentation des dépenses 75

1.3 Les dépenses en fonction du PIB 75

1.4 Les dépenses en fonction des autres dépenses gouvernementales 75

1.5 Les dépenses en fonction des revenus 76

2. LES OPTIONS 76

3. LES CRITÈRES DE DÉCISION 77

3.1 Le maintien de l'équité actuelle 77

3.2 Le maintien de la capacité concurrentielle du Québec 77

3.3 L'amélioration de l'efficacité du réseau de services 77

3.4 L'atteinte des objectifs budgétaires du Gouvernement 78

4. LES ORIENTATIONS 78

4.1 Des citoyens qui en ont pour leur argent 78

4.1.1 Recentrer le réseau sur des objectifs de résultats 79

4.1.2 Allouer les ressources en fonction des populations à desservir et de la performance des établissements 81

4.1.3 Revoir périodiquement la gamme et l'étendue des services assurés 82

4.1.4 Ramener l'accroissement du nombre de médecins à un rythme compatible avec l'évolution sociodémographique 82

4.1.5 Rendre la rémunération des médecins plus compatible avec la pratique en établissement 83

4.1.6 Rationaliser l'implantation des technologies de la santé 84

4.1.7 Obliger le développement des achats en commun 84

4.1.8 Freiner la multiplication des services 85

4.1.9 Proscrire les pratiques de double rémunération de la main-d'oeuvre médicale 86

4.1.10 Rationaliser l'activité des laboratoires publics et privés 87

4.2 Des citoyens qui doivent assumer le coût des services 88

CONCLUSION 91

Le Québec a réalisé des gains importants sur la maladie et la souffrance au cours des vingt dernières années. Les Québécoises et les Québécois vivent plus longtemps qu'avant, notamment en raison de la réduction de la mortalité périnatale, des accidents de véhicules moteurs et de la mortalité associée aux maladies cardiovasculaires et à certains types de cancer. Cette augmentation de l'espérance de vie repose aussi sur l'adoption de comportements et de modes plus sains par les Québécoises et les Québécois. De façon générale, ils s'alimentent mieux, pratiquent plus d'activités physiques, fument moins et sont plus sensibilisés aux méfaits de l'alcool.

Des progrès ont aussi été réalisés au regard des problèmes sociaux. Plus visibles qu'auparavant, ces problèmes ont forcé le développement d'approches nouvelles permettant de mieux en cerner les causes et de dégager des solutions. On se préoccupe davantage des conditions qui provoquent l'apparition de problèmes, rendent la personne vulnérable et nuisent à son bien-être. Les services, eux, ne sont plus réservés aux seules personnes confrontées à des situations extrêmes de marginalité et d'indigence. Les personnes aux prises avec des problèmes sociaux peuvent en conséquence obtenir plus facilement de l'aide, sans être exclues de la vie en société.

Alors, pourquoi une réforme des services de santé et des services sociaux?

1. LE POURQUOI DE LA RÉFORME

L'évolution sociale et économique du Québec impose de nouvelles exigences auxquelles le réseau de la santé et des services sociaux ne pourra faire face avec la dynamique actuelle de développement, de financement et de fonctionnement.

Des pressions continueront de s'exercer pour le développement des services de santé et des services sociaux. Le vieillissement de la population ressort comme l'une des tendances qui aura le plus d'impact sur la demande de services. La transformation radicale de la famille intensifiera la montée de certains problèmes de santé et de bien-être en mettant durement à l'épreuve ce lieu de socialisation traditionnellement stable. Elle ébranlera aussi ce milieu important de soutien, de telle sorte que ses membres risquent de se tourner vers le réseau de la santé et des services sociaux pour l'obtenir. Des problèmes sont aussi en émergence, tels que le SIDA, la violence, l'itinérance et les conflits familiaux. Les attentes de la population se diversifient, ainsi qu'en témoigne la sensibilité plus marquée à l'égard de la promotion, de la prévention ou encore des thérapies alternatives. Enfin, le développement technologique risque de s'accélérer.

En contrepartie, des pressions de plus en plus fortes s'effectueront pour ralentir, sinon freiner, la croissance des coûts encourus pour répondre aux besoins de la population. Elles se manifestent déjà pour modifier les mécanismes actuels de financement afin que cette croissance respecte davantage la capacité de payer de l'État québécois. Ces pressions prennent d'autant plus d'ampleur qu'on assiste au désengagement massif du gouvernement fédéral en matière de financement des services de santé et des services sociaux. Certains parlent alors de ticket modérateur, de tarification des services et de désassurance.

Des pressions s'effectueront enfin pour modifier les façons traditionnellement utilisées par le réseau de la santé et des services sociaux pour répondre aux besoins et ce, en vue de garantir l'utilisation la plus efficiente possible des ressources investies. Ces pressions suscitent un questionnement sur la dynamique même du fonctionnement du réseau. On fait souvent référence à l'accent trop important placé sur l'institutionnel, le curatif et la technologie . On interroge la rémunération à l'acte et la budgétisation des établissements qui incitent à une production plus grande de services et au développement de services de plus en plus sophistiqués. On pointe du doigt la centralisation, la bureaucratisation et la rigidité du réseau qui l'empêchent d'ajuster la réponse aux besoins, aux ressources et au dynamisme des milieux. On souligne le manque de contrôle sur les fonds publics, soulevant parfois la possibilité qu'ils soient mal utilisés. On décrie la duplication de services et le manque de complémentarité des établissements du réseau.

Bref, le réseau de la santé et des services sociaux se trouve à une croisée des chemins. Des choix s'imposent donc pour harmoniser et rendre compatibles les dynamiques de développement, de fonctionnement et de financement qui le caractérisent.

2. LES DÉFIS DE LA RÉFORME

Dans un tel contexte, la réforme de la santé et des services sociaux doit relever simultanément trois défis:

- assurer un développement qui corrige les lacunes actuelles des services offerts à la population et qui permette de répondre aux besoins de demain;

- assurer un fonctionnement qui rende le réseau de la santé et des services sociaux plus efficient dans l'utilisation des ressources et plus efficace dans la solution des problèmes de santé et de bien-être;

- assurer un financement qui maintienne un juste équilibre entre les dépenses du réseau et la capacité de payer de la collectivité.

3. L'OBJECTIF DE LA RÉFORME

Si les défis à relever sont clairs et font l'objet de consensus, les moyens proposés pour y arriver révèlent des divergences importantes. Ces divergences proviennent surtout de l'angle retenu pour élaborer les solutions. En fait, celles-ci s'avèrent fort différentes selon qu'on adopte les points de vue des citoyens, des dispensateurs de services ou des instances gouvernementales.

Les Québécoises et les Québécois attachent beaucoup d'importance à l'accessibilité, l'universalité et la gratuité des services de santé et des services sociaux. Règle générale, la population est satisfaite de la qualité des services qu'elle reçoit.

La réalité n'est toutefois pas exempte de problèmes: listes d'attente, manque d'information sur les services ou les ressources disponibles, absence de médecins spécialistes dans les régions éloignées, manque de ressources en réadaptation. Les citoyens qui y sont confrontés en acceptent mal les conséquences. La population réclame aussi des services plus humains, plus personnalisés. Certains citoyens ont parfois le sentiment que leurs besoins ou même leurs droits sont peu considérés.

Les solutions généralement proposées font appel soit au Gouvernement, pour qu'il investisse plus de ressources, soit aux établissements, aux professionnels ou aux employés du réseau, pour qu'ils fassent plus avec les ressources déjà consenties.

Les administrateurs, les professionnels, le personnel des établissements et les organismes communautaires partagent le point de vue de la population quant à la valeur de notre système de santé et de services sociaux. De plus, chacun est fier de sa contribution, de la qualité des services qu'il offre et de sa compétence.

Par contre, beaucoup considèrent que leur rôle, leur expertise, leur contribution ne sont pas suffisamment reconnus. Plusieurs dénoncent également la rigidité du système et se disent soumis à une pléthore de lois, règlements, directives, conventions collectives qui les empêchent d'accomplir efficacement leur rôle.

Chacun affirme cependant que le système, et tout particulièrement son propre secteur d'activité, est sous-financé. Le sous-financement est ainsi

évoqué pour expliquer le manque de lits, l'absence de certains services ou encore la désuétude des équipements et des immeubles.

Les solutions avancées s'adressent soit aux citoyens, pour qu'ils exigent moins du réseau de la santé et des services sociaux, soit au Gouvernement, pour qu'il investisse plus dans le réseau. Si, au sein du réseau, on admet parfois que des économies pourraient être réalisées, on pointe cependant toujours le secteur voisin, jamais le sien.

Pour les instances gouvernementales, le système instauré il y a maintenant vingt ans a levé les principales barrières financières qui pouvaient compromettre l'accès aux services. Le financement public du régime, combiné au caractère progressif de l'impôt québécois, a permis une redistribution plus équitable des risques. Il a enfin permis un bon contrôle global des coûts, bien meilleur certainement que dans les pays où l'on a privilégié l'assurance privée.

Pourtant, les instances gouvernementales jugent que le système québécois coûte cher si l'on considère la part de la richesse collective que l'on doit y consentir. De plus, la croissance des coûts du système est, depuis dix ans, plus rapide que la croissance des revenus du Gouvernement. Ainsi, la part du budget que l'État consacre à la santé et aux services sociaux augmente de plus en plus. La situation se complique encore davantage avec la diminution substantielle des paiements de transfert fédéraux. Cette tendance risque aujourd'hui de compromettre les objectifs budgétaires du Gouvernement.

Pour les instances gouvernementales, les solutions mettent en cause à la fois les attentes trop élevées des citoyens à l'endroit de l'État et du réseau et les mécanismes actuels de financement qui ne sensibilisent ni les citoyens ni les producteurs aux coûts des services. Elles se tournent aussi vers le réseau pour accroître l'efficience dans l'utilisation des ressources consacrées au secteur.

S'il est facile de dégager parmi ces perceptions diverses un consensus sur les acquis du système et sur les difficultés qui le confrontent, il est sans doute plus difficile de s'entendre sur les solutions.

Le ministre de la Santé et des Services sociaux utilise résolument la perspective du citoyen pour envisager la réforme qui permettra au réseau de relever les trois défis qui sont les siens.

Ce choix se fonde sur les raisons suivantes:

- c'est aux citoyens que sont destinés les services rendus par le réseau de la santé et des services sociaux;

- ce sont les citoyens qui paient, soit directement, soit à travers leurs impôts, les services rendus par le réseau;

- ce sont donc les citoyens qui doivent inspirer les orientations.

L'objectif fondamental de la réforme est donc de replacer le citoyen au CENTRE du réseau de la santé et des services sociaux, le citoyen étant vu sous ses trois angles:

- **le citoyen consommateur;**
- **le citoyen décideur;**
- **le citoyen payeur.**

4. LES ORIENTATIONS DE LA RÉFORME

Pour replacer le citoyen au centre du réseau, neuf orientations sont poursuivies.

Pour le citoyen consommateur:

1. Des citoyens dont les droits sont reconnus et respectés;
2. Des citoyens qui bénéficient de services adaptés à leurs besoins;
3. Des citoyens qui reçoivent des services le plus près possible de leur milieu de vie;
4. Des citoyens accueillis, aidés et traités par un personnel dévoué et dédié à sa tâche.

Pour le citoyen décideur:

5. Une prise de décision le plus près possible de l'action;
6. Des citoyens au coeur de la prise de décision;
7. Des citoyens imputables de leurs décisions.

Pour le citoyen payeur:

8. Des citoyens qui en ont pour leur argent;
9. Des citoyens qui doivent assumer le coût des services.

Les mesures retenues entraînent des changements profonds à l'organisation et au fonctionnement du système de santé et de services sociaux. Elles modifient le rôle et la place de certains acteurs ainsi que les règles du jeu actuelles. Elles ne servent toutefois qu'un objectif, soit celui d'inscrire dans les activités quotidiennes des établissements du réseau et des instances gouvernementales l'esprit véritable qui doit animer les services publics: le citoyen d'abord.

I. POUR LE CITOYEN CONSOMMATEUR

Le réseau de la santé et des services sociaux s'ajuste difficilement à l'évolution des besoins des citoyens. Tel est le constat qui se dégage de la Commission Rochon, des tournées régionales de la précédente ministre de la Santé et des Services sociaux, madame Thérèse Lavoie-Roux, et de la Commission parlementaire qui a suivi le dépôt de l'avant-projet de loi sur les services de santé et les services sociaux.

Cette difficulté prend plusieurs formes: difficulté de réajuster les efforts en fonction des problèmes ou des clientèles en émergence; difficulté de rapprocher le réseau des milieux où vivent les citoyens; difficulté d'adopter de nouvelles formes d'intervention; difficulté de considérer la personne dans toute son intégrité et sa dignité. Dans certains secteurs, les difficultés d'adaptation sont dues à un manque de ressources. Dans d'autres, elles apparaissent bien davantage reliées aux attitudes, aux comportements, aux valeurs et, éventuellement, aux intérêts corporatifs qui y ont cours.

Pour replacer le citoyen en tant que consommateur au centre du système, quatre orientations sont poursuivies:

- des citoyens dont les droits sont reconnus et respectés;
- des citoyens qui bénéficient de services adaptés à leurs besoins;
- des citoyens qui reçoivent des services le plus près possible de leur milieu de vie;
- des citoyens accueillis, aidés et traités par un personnel dévoué et dédié à sa tâche.

1. DES CITOYENS DONT LES DROITS SONT RECONNUS ET RESPECTÉS

Chaque citoyen dispose de droits dans l'ensemble des secteurs de la vie collective en vertu de la Charte des droits et libertés de la personne et des diverses lois du Québec. L'actuelle *Loi sur les services de santé et les services sociaux* identifie, pour sa part, un certain nombre de droits spécifiques aux usagers du secteur, notamment le droit aux services et le droit de consentir à des soins médicaux.

Pourtant, ces mêmes usagers constatent souvent qu'un écart existe entre les droits énoncés et leur application dans le quotidien du réseau. Ainsi, ils se demandent ce qu'il advient de leur droit aux services lorsque des établissements procèdent à des fermetures de lits. Ils acceptent de plus en plus difficilement d'être traités sans égard à leurs valeurs ou à leur culture, d'être privés de toute intimité. Ils sentent parfois qu'on hésite à leur fournir toutes les informations sur la nature de leurs problèmes et sur les choix de traitements qui s'offrent à eux.

Tous ces exemples montrent qu'il est souvent difficile pour les usagers des services de santé et des services sociaux de faire respecter des droits aussi fondamentaux que le droit à l'information ou encore le droit de refuser d'être maintenus en vie par des moyens artificiels. Pour bon nombre d'usagers, les droits dont ils disposent en vertu des différentes chartes et des lois demeurent obscurs. Ils sont peu ou mal informés quant à leur portée réelle et, en conséquence, ils peuvent difficilement les exercer.

Mais il y a plus. Même lorsqu'ils tentent de les faire valoir, ils se heurtent dans bien des cas à des mentalités et à des pratiques qui se sont développées davantage en fonction des impératifs de production de services que du respect des usagers. Malgré la bonne volonté du personnel, les usagers ont parfois l'impression d'être plus des objets de traitement ou d'intervention que des sujets actifs de leur guérison ou de leur réadaptation. Leurs droits en tant que personnes à part entière sont alors lésés.

Pourtant peu d'usagers utilisent les recours et les mécanismes de traitement des plaintes institués tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du réseau. Bien que ces recours soient nombreux, les usagers les connaissent mal. Près des deux tiers des personnes n'ont jamais entendu parler des corporations professionnelles et, en conséquence, des recours qu'elles pourraient exercer auprès de ces dernières. Les usagers ne savent souvent pas comment formuler une plainte, ni à qui l'adresser. Ils hésitent aussi à se servir des mécanismes institués à cette fin, tant par le réseau que par les corporations professionnelles, les jugeant peu crédibles et inefficaces. À cet égard, deux personnes sur cinq croient que les corporations protègent les intérêts de leurs membres. Sur cinq personnes interrogées, une seule pense que les corporations servent à protéger le public. Bref, les usagers ont l'impression de se retrouver devant des mécanismes institués pour eux, mais qui fonctionnent sans eux.

Afin de reconnaître et faire respecter les droits des usagers, il faut:

- renforcer et élargir les droits des usagers;
- renforcer les mécanismes d'aide et d'accompagnement;
- rendre les mécanismes de traitement des plaintes plus transparents, crédibles et efficaces.

1.1 Renforcer et élargir les droits des usagers

Afin de renforcer et d'élargir les droits des usagers, le Ministre entend inscrire explicitement dans la loi :

- **le droit de toute personne d'obtenir des soins et des services adéquats, continus et personnalisés de la part des établissements et des professionnels du réseau de la santé et des services sociaux du Québec;**
- **le droit de toute personne de recourir à l'établissement ou au professionnel de son choix, compte tenu de la mission et du plan d'organisation des établissements, des ressources disponibles et de l'organisation régionale des services;**
- **le droit de toute personne à l'information concernant notamment son état de santé et de bien-être, les soins qui lui sont prodigués et les risques qui leur sont associés;**
- **le droit de toute personne de participer activement aux décisions qui la concernent et, en particulier, le droit de refuser l'administration de soins disproportionnés ou d'être maintenue en vie par des moyens artificiels;**
- **le droit de toute personne d'être assistée et accompagnée pour faire respecter ses droits, notamment lorsqu'il s'agit de porter plainte et d'exercer un recours;**

- **le droit de toute personne de mourir dignement.**

Ces énoncés sont importants pour bien consacrer les droits du citoyen consommateur. Mais il faut aussi s'assurer de leur concrétisation au sein des établissements. À cette fin, le Ministre entend:

- **exiger que chaque établissement se dote d'un code d'éthique énonçant les droits des usagers et précisant les pratiques et les conduites attendues du personnel à l'endroit des usagers ainsi que les recours dont le citoyen dispose;**

- **exiger que l'établissement fournisse à chaque usager, au moment de l'admission, une copie du code d'éthique en vigueur;**

- **transformer l'actuel dossier médical en «dossier de l'usager» pour établir que l'usager en est le seul propriétaire, pour rendre compte de l'ensemble des services reçus, qu'ils soient médicaux ou autres, et pour permettre à l'usager de rendre son dossier accessible aux professionnels de la santé et des services sociaux de son choix.**

Pour favoriser le respect des droits des usagers, il faut miser également sur des attitudes et des mentalités ouvertes et responsables de l'ensemble du personnel.

À cette fin, le Ministre entend:

- **développer des programmes de formation et de sensibilisation du personnel en ce qui a trait aux droits des usagers et aux pratiques et conduites les plus susceptibles de les respecter.**

1.2 Renforcer les mécanismes d'aide et d'accompagnement

La reconnaissance des droits des usagers risquerait de rester lettre morte si elle n'était pas accompagnée de mécanismes ou de moyens pour soutenir les usagers dans l'exercice de leurs droits. Les usagers peuvent ainsi sentir le besoin d'être mieux informés, d'obtenir de l'aide et d'être accompagnés lorsqu'ils désirent porter plainte. Il importe alors qu'ils aient facilement accès à des ressources orientées d'abord et avant tout vers la promotion et la représentation de leurs droits et de leurs intérêts et ce, à tous les paliers du réseau.

Au niveau de l'établissement, le Ministre entend:

- **instituer des comités d'usagers dans tous les établissements, publics et privés, qui offrent des soins physiques ou psychiatriques de longue durée, des services d'hébergement ou des services de réadaptation;**

- **orienter de manière plus marquée les fonctions des comités d'usagers vers la représentation et la défense des droits et des intérêts des usagers ainsi que l'appréciation de leur degré de satisfaction à l'égard des services obtenus;**

- **confier aux comités d'usagers la responsabilité de fixer les règles relatives à leur composition en maintenant toutefois l'obligation d'une représentation majoritaire des usagers ou, lorsque la situation l'exige, de leurs proches;**

- **mettre à la disposition des comités d'usagers les facilités nécessaires à la conduite de leurs activités et leur octroyer un budget équivalant à 0,1 % (un dixième de un pour cent) du budget de l'établissement, le minimum étant fixé à 5 000 $ et le maximum, à 70 000 $;**

- **reconnaître aux comités d'usagers la capacité de gérer et de dépenser les budgets qui leur sont alloués, avec l'obligation de déposer annuellement au conseil d'administration de leur établissement et à l'instance régionale un rapport d'activités incluant un bilan relatif à l'utilisation des sommes ainsi reçues.**

Au niveau régional, le Ministre entend:

- **instaurer dans chaque région un service d'aide et d'accompagnement pour les usagers, en désignant à cette fin un organisme communautaire qui oeuvre déjà dans ce domaine.**

1.3 Rendre les mécanismes de traitement des plaintes plus transparents, crédibles et efficaces

Malgré tous les efforts pour éliminer à la source les atteintes aux droits des usagers, il peut encore arriver que des citoyens estiment que leurs droits ne sont pas respectés. Il faut alors que les usagers puissent facilement exercer leurs recours. Cela suppose d'abord qu'ils aient accès à un interlocuteur crédible, qu'ils soient assurés d'obtenir une analyse neutre de leurs plaintes et, le cas échéant, la correction des situations qui entravent leurs droits.

Il faut ici bien distinguer les plaintes destinées au réseau de services de celles qui sont adressées aux corporations professionnelles.

1.3.1 Les plaintes adressées au réseau

À cet égard, la responsabilité du traitement des plaintes doit au premier chef relever du réseau de la santé et des services sociaux. Dans cette perspective, il apparaît nécessaire que les mécanismes formels de médiation et de traitement des plaintes soient institués d'abord là où ces services sont dispensés, c'est-à-dire dans chaque établissement. Il importe ensuite de prévoir des modalités permettant aux usagers d'en appeler d'une décision rendue par un établissement auprès d'une instance supérieure. À cette fin, le Ministre entend:

- **demander à chaque conseil d'administration d'établissement d'identifier nommément un cadre supérieur responsable de la réception et du traitement des plaintes;**

- **demander à chaque conseil d'administration de faire rapport annuellement à la population, lors de l'assemblée publique, et à l'instance régionale du nombre de plaintes reçues, de l'objet de ces plaintes et du suivi qui en a été fait;**

- **s'assurer que chaque instance régionale reçoive et traite les plaintes des usagers qui n'ont pu obtenir satisfaction de la part de l'établissement et, à cette fin, dispose des pouvoirs d'étude et d'enquête nécessaires à l'accomplissement de son rôle;**

- **demander à chaque instance régionale de faire rapport annuellement à la population, lors de l'assemblée publique, et au Ministre des plaintes qu'elle a reçues, des établissements et organismes visés, de l'objet de ces plaintes et du suivi qui en a été fait.**

Il est essentiel d'avoir des mécanismes de traitement des plaintes à l'intérieur du réseau qui soient connus, crédibles et facilement utilisables. Sur la foi des rapports qui lui parviendront des instances régionales, lesquelles les auront obtenus des établissements eux-mêmes, le Ministère exercera une vigilance et effectuera un suivi approprié du fonctionnement de ces mécanismes.

En dernière instance, le Ministre entend:

- **se reconnaître un pouvoir d'audition des plaintes déjà traitées par l'instance régionale mais dont l'issue ne serait pas jugée satisfaisante par le plaignant;**

- **prendre ultimement toute action jugée nécessaire dans les circonstances.**

1.3.2 Les plaintes adressées aux corporations professionnelles

La responsabilité du traitement de ces plaintes doit au premier chef relever des corporations professionnelles. Il faut toutefois que les mécanismes de traitement des plaintes institués par ces dernières soient mieux connus, plus transparents et plus crédibles. À cette fin, le Ministre a fait part des orientations qu'il privilégie au Ministre responsable de l'application des lois professionnelles, notamment:

- **augmenter le nombre de représentants du public au Bureau de chaque corporation professionnelle;**

- **assurer la représentation du public au comité d'inspection professionnelle des diverses corporations et à l'Office des professions;**

- **préciser les responsabilités des corporations professionnelles en matière d'information du public et de mise en place de mécanismes de traitement des plaintes adéquats;**

- **préciser les responsabilités de l'Office des professions quant à l'assistance à offrir aux plaignants et à la surveillance de la manière dont les corporations s'acquittent de leurs rôles.**

2. DES CITOYENS QUI BÉNÉFICIENT DE SERVICES ADAPTÉS À LEURS BESOINS

Depuis le début des années 1960, l'État québécois met gratuitement à la disposition de l'ensemble de la population une gamme variée de soins et services, sans distinction de revenu, d'âge, de race ou de lieu de résidence. Les barrières financières à l'accessibilité ont de ce fait été grandement diminuées, voire éliminées.

N'oublions pas qu'il y a à peine trente ans, les citoyens pouvaient littéralement être ruinés financièrement par la maladie.

Aujourd'hui, les citoyens font face à des obstacles qui sont d'un tout autre ordre. Pour permettre aux citoyens de bénéficier de services adaptés à leurs besoins, il faut:

- corriger les problèmes d'accessibilité de l'ensemble de la population à des services spécifiques;

- adapter l'ensemble des services aux besoins de groupes particuliers.

Les mesures qui supportent ces orientations entraîneront des déboursés importants au cours des prochaines années puisqu'elles sont révélatrices des besoins à satisfaire. Toutefois, les développements de services prévus en réponse à ces besoins seront soumis annuellement à l'approbation du Gouvernement qui les autorisera en tenant compte de la conjoncture économique, de la politique budgétaire et de la capacité de payer de l'État.

2.1 Corriger les problèmes d'accessibilité de l'ensemble de la population à des services spécifiques

Le réseau de la santé et des services sociaux est devenu fort complexe. Il est composé d'un ensemble varié d'établissements, de professionnels et d'organismes communautaires ayant chacun sa spécificité quant aux clientèles qu'il dessert, aux problèmes qu'il traite, aux services qu'il offre et à son horaire de travail. Le citoyen a de la difficulté à s'y retrouver. Il réussit avec peine à pouvoir identifier la bonne ressource, qui lui offre les services dont il a besoin, quand il en a besoin. Plusieurs se rendent de ce fait à l'urgence d'un centre hospitalier. Plus de 48 % des Québécois utilisent l'urgence comme premier contact avec le système de santé, comparativement à 30 % pour l'ensemble des Canadiens et 24 % pour les Ontariens. Près de 5 % des Québécois utilisent les CLSC à cette fin.

Les citoyens doivent souvent subir de longues attentes avant d'obtenir les services requis parce que l'établissement est surchargé et le personnel, débordé. L'exemple des urgences hospitalières est certes le plus cité à cet égard. Ces attentes peuvent être dues à un manque chronique de ressources. Elles peuvent aussi être attribuables à une carence dans l'organisation interne des services de l'établissement ou à une carence dans la concertation entre les établissements du réseau.

Les citoyens peuvent parfois avoir accès à des services qui sont produits à l'aide d'équipements ou dans des installations qui s'écartent des normes de sécurité et de qualité ou encore qui ne sont plus appropriés aux clientèles auxquelles ils s'adressent.

Enfin, les citoyens utilisent de plus en plus des services en marge du réseau des services de santé et des services sociaux, sans qu'aucune indication leur soit donnée quant à la qualité et à l'efficacité des services ou quant à la compétence des personnes qui les dispensent. On pense particulièrement ici aux thérapies dites alternatives.

Pour corriger les problèmes d'accessibilité de la population en général, il faut:

- consolider le réseau de première ligne;

- améliorer les services d'urgences hospitalières;

- moderniser et adapter les installations et les équipements;

- définir le rôle et la place des thérapies alternatives.

2.1.1 Consolider le réseau de première ligne

La Commission Castonguay-Nepveu avait recommandé l'établissement d'une seule porte d'entrée dans le réseau de la santé et des services sociaux: le CLSC. Cette porte d'entrée unique devait rendre l'accès aux services plus facile pour le citoyen en plus d'assurer la continuité et la globalité des services.

Force est de constater que cette recommandation n'est jamais devenue réalité et ce, pour plusieurs raisons. Le CLSC n'a jamais reçu les ressources requises pour accomplir adéquatement le rôle qu'on attendait de lui. Des ressources privées et communautaires se sont graduellement développées pour jouer une partie de ce rôle. On pense particulièrement ici aux polycliniques. Certains établissements du réseau, conçus initialement comme des ressources plus spécialisées, ont progressivement élargi leur rôle pour devenir autant de nouvelles portes d'entrée du réseau.

Il n'est peut-être plus possible ni même souhaitable de confier aux seuls CLSC ce rôle de porte d'entrée. Les cabinets privés et les centres hospitaliers, par leurs services d'urgences, constitueront toujours des voies d'accès au réseau de services. Il faut toutefois:

- pouvoir facilement orienter le citoyen dans le réseau de la santé et des services sociaux;
- consolider le CLSC comme établissement public de première ligne;
- s'assurer de la disponibilité des services médicaux courants, qu'ils soient offerts par les médecins des CLSC ou ceux des cabinets privés;
- inciter les citoyens à utiliser le réseau de première ligne.

Afin de faciliter l'orientation des citoyens dans le réseau de la santé et des services sociaux, le Ministre entend:

- **mettre en place, dans chaque région du Québec, un service d'information téléphonique accessible 24 heures par jour, 7 jours par semaine.**

Ce service fournira des conseils sur les soins de premier recours et des renseignements sur les ressources disponibles. Il orientera également, si nécessaire, la personne vers l'établissement, l'organisme ou le professionnel approprié. Le service régional d'information s'appuiera sur le réseau de services de première ligne du territoire.

Afin de consolider le CLSC comme établissement public de première ligne, le Ministre entend:

- **augmenter les heures d'ouverture des CLSC et y développer les services diagnostiques, en tenant compte des heures d'ouverture et de la présence sur le territoire d'autres ressources de première ligne, dont les cabinets privés;**
- **développer les services médicaux courants plutôt dans les CLSC que dans les consultations externes des centres hospitaliers;**
- **réorienter les services sociaux de première ligne des centres de services sociaux vers les CLSC;**

- **viser l'équité budgétaire entre les CLSC en rehaussant prioritairement le budget de ceux qui sont relativement sous-financés, compte tenu des populations à desservir et de leurs caractéristiques sociosanitaires.**

Afin de mieux coordonner l'activité des CLSC et des cabinets privés de médecins, le Ministre entend:

- **faire agréer, par chaque instance régionale, conformément aux plans d'effectifs médicaux établis, les médecins qui pratiquent en cabinet privé mais qui s'engagent à:**

  . **pratiquer également dans un établissement public;**

  . **orienter leur pratique en cabinet privé vers des services qui répondent aux besoins de la population du territoire;**

  . **participer à des programmes spécifiques d'intervention tels que la prévention et les services à domicile;**

  . **collaborer avec les autres ressources du territoire en vue d'assurer la disponibilité des services médicaux 24 heures par jour et 7 jours par semaine;**

- **ajuster à la baisse la rémunération des médecins non agréés;**

- **associer la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec à l'élaboration des modalités d'application de ces mesures.**

Afin d'inciter les citoyens qui ont besoin de consulter à s'adresser d'abord aux CLSC et aux cabinets privés, le Ministre entend:

- **implanter un ticket orienteur de 5.00 $ pour toute visite effectuée aux centres hospitaliers qui ne constitue pas:**

  . **un cas d'urgence;**
  . **une consultation consécutive à une hospitalisation;**
  . **une consultation consécutive à une référence d'un CLSC ou d'un médecin en cabinet privé.**

2.1.2 Améliorer les services d'urgences hospitalières

Les citoyens éprouvent des difficultés dans les urgences des centres hospitaliers depuis au moins le milieu des années 1970. Ces difficultés ont atteint un seuil critique en 1985. On en connaît les conséquences: le citoyen peut être astreint à de longues heures d'attente à l'urgence; il est parfois placé sur une civière, dans le corridor, et obligé d'y séjourner pour une durée excessive parce que le centre est débordé; en d'autres occasions, il doit subir un détournement de l'ambulance.

De 1985 à aujourd'hui, on a investi près d'un demi-milliard de dollars dans les urgences. La situation s'y est grandement améliorée. La création du Groupe tactique d'intervention, en mars 1990, est venue consolider les améliorations. Ce groupe conseille les hôpitaux, les conseils régionaux et le Ministère pour résoudre des cas particuliers.

Des investissements sont encore nécessaires dans certains cas pour adapter les installations et les équipements. Mais l'engorgement des urgences n'est pas dû

d'abord à un manque de ressources. Il s'explique essentiellement par divers problèmes de fonctionnement: le fonctionnement interne de l'urgence; les liens entre l'urgence et les autres départements de l'hôpital; le manque de disponibilité des médecins spécialistes pour des consultations requises par les médecins pratiquant à l'urgence; la gestion de l'utilisation des lits dans l'hôpital; l'absence d'une gestion régionale des lits; les relations entre l'urgence et les ressources externes, dont les autres établissements du réseau de services.

Les problèmes des urgences révèlent par ailleurs certaines carences du réseau de services. C'est là que les premiers effets du vieillissement de la population sur la demande de services se sont fait le plus sentir. Notre organisation des services aux personnes âgées est ainsi remise en cause.

Afin de poursuivre l'amélioration des services d'urgence, le Ministre juge nécessaire:

- **de maintenir le Groupe tactique d'intervention;**

- **d'appliquer un plan d'action global prévoyant notamment:**

  . **l'accélération des programmes de rénovation de certaines salles d'urgence;**

  . **la fixation d'un nombre minimal et maximal de civières dont un centre hospitalier doit disposer compte tenu du nombre total de lits inscrit à son permis;**

  . **l'inscription du nombre de civières ainsi établi au permis du centre hospitalier;**

  . **l'implantation d'un système régional d'information sur les lits vacants et d'orientation des cas d'urgence vers ces lits;**

- **de réexaminer l'organisation des services préhospitaliers, y compris le transport ambulancier;**

- **de diminuer de 1 500 le nombre de lits occupés par les malades chroniques dans les centres hospitaliers de soins de courte durée afin:**

  . **d'éliminer progressivement le 3% de lits de soins de courte durée utilisés pour les malades chroniques en excédent du nombre de lits de soins de longue durée autorisé au permis;**

  . **de réduire de 15 à 10 % le nombre de lits de soins de longue durée autorisé au permis des centres hospitaliers de soins de courte durée et ce, particulièrement dans les régions en déficit de lits de soins de courte durée;**

- **de renforcer le rôle du coordonnateur à l'urgence en lui conférant le statut de chef de département clinique et en lui octroyant plus de pouvoirs pour assurer la priorité aux admissions en provenance de l'urgence, par rapport aux cas électifs, et pour coordonner, si nécessaire, les sorties de patients de l'hôpital.**

2.1.3 Moderniser et adapter les installations et les équipements

Les citoyens font face à trois problèmes particuliers quant à l'utilisation des installations et des équipements du réseau: problèmes de sécurité et de qualité des lieux découlant de la vétusté et de la non-fonctionnalité des installations; problèmes de sécurité des équipements et d'accessibilité à des services de technologie de pointe engendrés par la désuétude de plusieurs équipements et le retard pris dans l'acquisition d'innovations technologiques; problèmes d'attente pour avoir accès à des lits de soins de courte durée en raison surtout de la localisation de ces lits dans des milieux différents de ceux où résident les citoyens.

On consacre annuellement, en rénovation des installations, l'équivalent de 1 à 1,5 % de la valeur de remplacement du parc immobilier du réseau, estimée à quelque huit milliards de dollars. Ce rythme de rénovation postule que les installations peuvent durer de 75 à 100 ans. Or, il est évident que ce postulat est faux. Les installations du réseau, surtout celles des centres hospitaliers de soins de courte durée, se dégradent de fait à un rythme beaucoup plus rapide, d'autant plus rapide qu'aucune somme n'était affectée à la rénovation des installations jusqu'à récemment. En outre, l'évolution des clientèles accentue le caractère dysfonctionnel des installations. Ceci est particulièrement le cas des centres d'accueil et des établissements psychiatriques.

Le Québec dispose aujourd'hui d'un nombre suffisant de lits de soins de courte durée, du moins si l'on admet l'hypothèse que ces lits sont réellement occupés par des citoyens requérant ce type de soins. Dans ce cas, le Québec se retrouverait avec un surplus de 2 234 lits en 1991. Compte tenu du vieillissement de la population et de son impact sur l'utilisation des lits de soins de courte durée, ce surplus se transforme toutefois rapidement en un déficit de 27 lits en 1996 et de 2 477 lits en l'an 2001. Les personnes âgées de 65 ans ou plus requièrent au-delà de trois fois plus de journées d'hospitalisation dans les lits de soins de courte durée que les personnes de moins de 65 ans.

Il faut toutefois se garder d'appliquer ces estimations de manière automatique. Leur justesse doit être établie, notamment par la validation des normes sur lesquelles elles s'appuient. De plus, elles doivent être évaluées à la lumière de l'impact plus ou moins grand des services de maintien à domicile, dont la disponibilité et l'efficacité pourraient atténuer sensiblement les besoins appréhendés. Une certaine prudence s'impose et, pour l'instant, nous incite à fixer des objectifs équivalant à 80 % des besoins estimés.

Le Québec a dépensé des sommes importantes ces dernières années afin d'assurer l'accès à la technologie de pointe. En 1986, il y consacrait 10 millions de dollars et aujourd'hui, 15 millions de dollars annuellement. Ce niveau d'investissement est comparable à celui de la plupart des pays européens. Mais aucune somme n'était spécifiquement accordée à cette fin au début des années 1980. Des retards importants ont donc été pris, retards qu'il convient maintenant de combler.

Afin de moderniser et d'adapter les immeubles, le Ministre juge nécessaire de:

- **mettre en oeuvre un important programme de rattrapage pour la conservation des immeubles et la rénovation fonctionnelle destiné en particulier aux établissements qui hébergent des personnes âgées. Cet investissement sera de 400**

millions de dollars, à raison de 80 millions par année pendant cinq ans;
- **confier aux établissements qui auront bénéficié de rénovations fonctionnelles la responsabilité de veiller au maintien de l'actif à même leur budget.**

Afin d'assurer l'accès à la technologie de pointe, le Ministre juge nécessaire de:

- **porter de 45 à 75 millions de dollars l'enveloppe triennale destinée à l'acquisition des innovations technologiques.**

Afin de combler la pénurie prévisible de lits de soins de courte durée, le Ministre juge nécessaire:

- **d'ajouter, au cours des dix prochaines années, 2 000 lits de soins de courte durée dans les régions qui en compteront un nombre insuffisant.**

2.1.4 Définir le rôle et la place des thérapies alternatives au sein du réseau de services

Depuis 1980, les citoyens ont de plus en plus recours à des thérapies dites alternatives. Bien que les données soient imprécises, près du tiers des citoyens consultent les quelque 7 000 praticiens des «médecines douces». Parmi ces derniers, 85 % seraient des praticiens non reconnus, exercant en dehors du réseau de la santé et des services sociaux.

L'appui dont bénéficient certaines thérapies dans la population renforce cependant les arguments des associations de praticiens qui désirent être reconnus et voir leur pratique légalisée. Cette reconnaissance exige, par ailleurs, la mise en place de mécanismes d'agrément et de contrôle.

Afin de permettre à ces thérapies de trouver au sein du système une place éventuelle en rapport avec leur contribution particulière et de préciser en même temps les façons de protéger le public, le Ministre entend, avec son collègue responsable de l'application des lois professionnelles:

- **tenir en Commission parlementaire un débat public portant sur:**
  - **les critères en fonction desquels les thérapies alternatives pourraient être reconnues;**
  - **les critères et les mécanismes en vertu desquels la compétence des professionnels pratiquant ces thérapies pourrait être évaluée et accréditée;**
  - **les mécanismes de collaboration avec le réseau public sans pour autant que l'État finance le coût des services offerts par les praticiens des thérapies alternatives.**

2.2 Adapter l'ensemble des services aux besoins de groupes particuliers

L'image sociosanitaire du Québec s'est grandement modifiée au cours des dernières décennies. Le réseau de la santé et des services sociaux n'a pas toujours su adapter ses services et ses approches pour répondre soit aux problèmes, soit aux clientèles en émergence. La réforme doit permettre d'adapter les services destinés aux clientèles suivantes:

- les personnes âgées;
- les jeunes en difficulté;
- les personnes handicapées;

- les personnes alcooliques et toxicomanes;
- les nations autochtones;
- la communauté anglophone;
- les communautés culturelles.

2.2.1 Les personnes âgées

Le nombre de personnes âgées de 65 ans ou plus augmentera de 40 % d'ici 10 ans. Dès 2001, elles formeront près de 14 % de la population.

Ce phénomène démographique ne concerne pas uniquement le secteur de la santé et des services sociaux. On sait que 83 % des personnes âgées vivant en milieu naturel ne sont pas limitées dans leurs activités quotidiennes ou dans l'accomplissement de leurs rôles sociaux. De fait, la plupart désirent demeurer actives. Toutefois, plusieurs n'y parviennent pas, notamment en raison des préjugés et des contraintes qu'on leur oppose. C'est pourquoi le Ministre, maintenant responsable de la Condition des aînés, a créé un groupe d'experts présidé par monsieur Jean Pelletier. Le groupe doit proposer des actions pour favoriser l'autonomie et la participation des aînés à la vie collective.

Le vieillissement de la population aura un impact important sur la demande de services de santé et de services sociaux. Le coût moyen per capita des services de santé reçus par les personnes âgées est 6,3 fois supérieur à celui des services destinés aux moins de 65 ans. Cette disproportion est nettement plus prononcée au Québec qu'aux États-Unis (3,9) ou même qu'en Ontario (4,7), notamment en raison de l'utilisation plus grande des ressources institutionnelles au Québec.

La prévalence plus élevée des problèmes de santé et des incapacités chez les personnes âgées ne peut donc expliquer, à elle seule, la consommation de services. D'autres éléments doivent être considérés: les caractéristiques du modèle d'intervention en vigueur et la nature des services offerts. Ces éléments risquent même de peser plus lourd dans l'avenir sur le rythme de progression des dépenses que le vieillissement démographique. Pour adapter les services aux besoins des aînés, plusieurs actions doivent être entreprises simultanément. La première concerne les efforts à déployer pour le maintien à domicile.

En 1989-1990, le Québec a consacré 123 millions de dollars aux services à domicile, dont 98 millions pour les services réguliers et 25 millions de dollars pour les services intensifs (SIMAD). Le maintien à domicile des personnes âgées accapare à lui seul 88,6 millions de dollars. Ces ressources permettent aux CLSC de rejoindre 17 % des aînés du Québec et d'offrir en moyenne 1,6 heure de services par personne, par semaine. C'est bien peu comparativement à ce qui semble être requis.

Les estimations effectuées pour déterminer ce qu'il serait souhaitable d'ajouter au budget actuellement consacré aux services à domicile sont à cet égard fort éloquentes. Ainsi, une somme de 254 millions de dollars serait requise si l'on voulait s'assurer que toutes les personnes âgées dont les besoins ne justifient pas, en vertu des normes en vigueur, l'admission en milieu institutionnel d'hébergement et de soins de longue durée, obtiennent l'aide nécessaire à leur maintien à domicile. Une autre estimation fixe à 735 millions de dollars les ressources dont on aurait besoin pour graduer l'intensité des services à domicile requis par les personnes âgées en fonction de leur degré d'incapacité. Même en abaissant sensiblement le nombre d'heures/semaine jugé nécessaire pour les personnes aux prises avec des incapacités

modérées et sévères, on devrait consacrer 575 millions de dollars aux services à domicile. Enfin, plus de 893 millions de dollars seraient requis en 1991 si l'on voulait que le Québec se compare au pays reconnu comme celui qui répond le mieux aux besoins des personnes âgées à domicile: la Suède. Ce pays offre à 20 % de ses personnes âgées des services à domicile équivalant à 5,5 heures par semaine.

Malgré le niveau de développement relativement modeste des services à domicile, les résultats obtenus sont très positifs, en particulier ceux des services intensifs de maintien à domicile. Ces services réussissent à rendre le maintien à domicile plus plausible et plus acceptable pour les personnes ayant des limitations fonctionnelles importantes et pour les proches. De plus, ils contribuent à éviter ou à retarder l'hébergement institutionnel, à éviter des hospitalisations et à en réduire la durée.

Le deuxième type d'actions à déployer concerne l'aide aux proches. Il est faux de prétendre qu'il y a un désengagement des proches à l'endroit des personnes âgées, bien que les changements démographiques et sociaux aillent dans le sens d'une diminution de la capacité de soutien des familles. Entre 70 et 80 % des soins de base aux personnes âgées sont donnés par la famille. Cette aide représente un stress, un fardeau physique, psychique et financier important. L'aide insuffisante ou tardive apportée aux proches constitue un incitatif à la dislocation des réseaux de soutien. Il est plausible qu'un lien existe entre l'épuisement des proches, d'une part, le placement et les abus exercés à l'endroit des personnes âgées, d'autre part.

Le troisième type d'actions vise la qualité des services en établissement. La clientèle du réseau d'hébergement et de soins de longue durée s'alourdit. Parmi les facteurs qui contribuent à cet alourdissement, notons le vieillissement des usagers. D'autres facteurs jouent: les pertes d'autonomie physique et cognitive et les multipathologies. Il en résulte que le nombre d'heures requis de soins infirmiers et d'assistance s'est accru de près de 6 % entre 1985 et 1987, passant de 1,87 à 2,03 heures; c'est donc un alourdissement de 2 % annuellement.

Au cours des trois dernières années, des efforts importants ont été déployés pour aider les établissements à faire face à cet alourdissement de leur clientèle. Ces efforts, qui devaient se terminer en 1990-1991, doivent être poursuivis.

Le quatrième type d'actions concerne l'accroissement important du nombre de places en centres d'accueil d'hébergement et en centres hospitaliers de soins de longue durée.

On estime à environ 7% la proportion des personnes âgées qui vivent en milieu d'hébergement et de soins de longue durée. Ce taux place le Québec devant la France (5%), la Grande-Bretagne (5%), les États-Unis (5,3%) et l'Australie (5,9%).

Depuis une dizaine d'années, les politiques ministérielles prônent le maintien en milieu naturel. Le taux d'hébergement diminue cependant très lentement. De 1981 à 1987, il est passé de 2,4 à 2 % pour le groupe de 65 à 74 ans et de 14,7 à 14,4 % pour les 75 ans ou plus. Ces pourcentages demeurent encore sensiblement plus élevés que ceux à partir desquels on évalue généralement les besoins en places d'hébergement et en lits de soins de longue durée. La norme utilisée par le Ministère s'appuie, en effet, sur des taux d'hébergement de 1,3% pour les 65 à

74 ans et de 10% pour les 75 ans ou plus. Une application pure et simple de cette norme laisse présager un déficit approximatif de 9 000 lits dès l'an 2001 et de 27 000 lits à peine dix ans plus tard.

La réalité risque toutefois d'invalider ces projections. D'une part, ces déficits ont été calculés en postulant que l'aide offerte actuellement aux personnes âgées par leur famille se maintiendra constante au fil des ans. D'autre part, les calculs reposent sur un taux d'hébergement d'environ 33 % inférieur à celui qui prévalait en 1987: si le taux réel était appliqué, les déficits projetés seraient de 30 000 lits en 2001 et de 55 000 lits en 2011.

Même en postulant un accroissement du soutien familial et un impact plus grand que celui escompté des services à domicile sur la demande de placement, c'est au minimum 80 % du déficit estimé qu'il faudra combler au cours des prochaines années.

Le cinquième type d'actions s'adresse aux personnes en perte de fonctionnalité qui résident dans des foyers dont l'aménagement est inadéquat et qui n'offrent pas le soutien, l'aide et l'assistance requis par les aînés.

Afin d'accroître le maintien dans le milieu de vie naturel, le Ministre entend:

- **inciter les médecins des CLSC et des cabinets privés à offrir des consultations médicales à domicile pour les personnes difficilement capables de se déplacer;**

- **confier aux CLSC le mandat suivant:**

  . **accueillir les personnes âgées et évaluer leurs besoins en matière de services à domicile et déterminer les services requis, leur fréquence et leur intensité;**

  . **offrir eux-mêmes les services médicaux et infirmiers requis et les soins d'hygiène personnelle;**

  . **veiller à ce que les personnes âgées obtiennent les services d'aide matérielle et ménagère requis en les orientant prioritairement vers les organismes communautaires qui offrent ces services;**

  . **faire en sorte que les personnes âgées puissent éventuellement recevoir une allocation directe leur permettant d'acheter elles-mêmes les services d'aide à domicile requis;**

De plus, le Ministre juge nécessaire de:

- **rehausser de 200 millions de dollars le budget de maintien à domicile à raison de 40 millions par année pendant 5 ans; ce budget sera utilisé aux fins suivantes:**

  • **les services à domicile;**

  • **les services de répit, dépannage et soutien aux familles;**

  • **le parachèvement du réseau des centres de jour afin que ces services soient disponibles dans chacune des municipalités régionales de comté du Québec;**

- **demander aux CLSC de fournir les services à domicile dans:**

  • **les résidences privées pour personnes âgées;**

- **les habitations à loyer modique;**

- **développer une grille d'évaluation permettant d'apprécier les capacités et les incapacités des personnes âgées et leurs besoins en matière de services à domicile;**

Afin d'accroître la qualité de vie en établissement, le Ministre juge nécessaire de:

- **rehausser annuellement le niveau des services offerts dans les établissements en allouant un coût pour répondre à l'alourdissement de la clientèle égal à 0,75 % du budget de ce secteur d'activité.**

Afin de répondre aux besoins concernant les places en établissement, le Ministre juge nécessaire:

- **d'ajouter 7 000 places d'hébergement et de soins de longue durée d'ici l'an 2000;**

- **de combler en partie ce besoin de places additionnelles par l'achat de places ou de services dans les résidences privées et les centres d'accueil autofinancés pour qu'ils puissent offrir des services appropriés aux personnes qui, autrement, devraient être admises en établissement public;**

- **de voir au redéploiement des ressources rattachées aux lits en surplus situés sur un même territoire ou sur un territoire limitrophe.**

Afin d'éviter la présence de foyers dits clandestins, le Ministre entend demander aux CLSC de:

- **recenser les résidences pour personnes âgées sur leur territoire;**

- **prendre arrangement avec les municipalités pour obtenir l'information sur tout permis de chambre délivré pour l'hébergement de personnes âgées sur leur territoire;**

- **visiter régulièrement les résidences hébergeant des personnes âgées pour évaluer le degré d'autonomie de ces personnes;**

- **considérer les personnes habitant ces résidences comme admissibles aux programmes de services à domicile;**

- **rapporter au Ministère aux fins de poursuite judiciaire toute résidence où seront constatées des conditions ou une absence de soins pouvant causer de graves préjudices aux personnes âgées qui y sont hébergées.**

2.2.2 Les jeunes en difficulté

La transformation des valeurs et des modes de vie au sein de la société québécoise a des répercussions sur la stabilité de la famille et sur la structure familiale elle-même. Les ruptures d'union sont nombreuses: en 1986, trois mariages sur cinq se soldent par un échec. La monoparentalité est déjà le lot d'un ménage sur cinq. Lorsque ces conditions se conjuguent à la pauvreté, elles sont source de difficultés encore plus grandes pour la famille et les jeunes.

Les problèmes auxquels sont exposés les jeunes sont tels qu'ils commandent la plus grande attention. C'est pourquoi le Ministre a mandaté prioritairement un comité

d'experts pour lui fournir des recommandations spécifiques à l'intention des jeunes dans le cadre de l'élaboration de la Politique de santé et de bien-être.

Chaque année, 50 000 jeunes sont signalés aux directeurs de la protection de la jeunesse. Près de la moitié des signalements reçus sont retenus. Parmi ces derniers, 12 530 jeunes avaient été victimes d'abus physiques, d'abus sexuels ou de différentes formes de négligence pour la seule année 1989. Les sévices subis par ces jeunes laissent des séquelles permanentes qui peuvent se manifester par des retards de développement, des troubles de la personnalité, des désordres du sommeil ou des idées suicidaires.

Dans bien des cas, le milieu familial est si nuisible à l'équilibre et au développement de l'enfant ou du jeune qu'on doit l'en retirer. Souvent débordées, les familles ont rarement, sinon jamais, accès à des ressources susceptibles de les soutenir et de les aider dans l'accomplissement des rôles parentaux. La situation se dégrade de telle sorte que le placement des enfants en milieu substitut est souvent perçu comme la seule façon d'assurer leur protection. En 1989, 55 % des 16 532 enfants pris en charge par le Directeur de la protection de la jeunesse vivaient dans un milieu substitut.

D'autres problèmes risquent alors de se poser. Des jeunes sont déplacés d'un milieu substitut à un autre, ce qui les prive de tout milieu parental stable. Pourtant, la *Loi sur la protection de la jeunesse* permet à certains jeunes de retrouver une stabilité en milieu parental par le biais de l'adoption régulière. Seulement 665 enfants en ont cependant bénéficié en 1989-1990, ce qui semble peu si l'on considère les quelque 3 800 couples québécois en attente dans ce domaine. Les problèmes d'adaptation chez l'enfant s'amplifient avec l'âge. Les premières difficultés se manifestent par des troubles de développement en bas âge (0-6 ans), des difficultés relationnelles, des difficultés d'apprentissage et des problèmes de personnalité. En 1988, près de 17 000 jeunes présentaient des troubles de comportement en milieu scolaire. Durant la même année, 35 000 jeunes abandonnaient l'école secondaire. Près du tiers des étudiants n'obtenaient pas leur diplôme d'études secondaires.

La mésadaptation sociale est aussi à l'origine de la délinquance et de l'itinérance. En 1988, plus de 6 000 adolescents ont fait l'objet d'une ordonnance du tribunal en vertu de la *Loi sur les jeunes contrevenants*. De plus, les directeurs de la protection de la jeunesse ont rendu, cette année-là, 4 500 décisions exigeant une réparation pour un délit mineur. De fait, les troubles de comportements sérieux représentent environ 24 % des situations de prises en charge en protection de la jeunesse au cours des trois dernières années. En 1989-1990, plus de 25 000 jeunes de 12 à 17 ans ont été appréhendés après avoir commis un ou plusieurs délits. Les crimes de violence contre la personne affichent une nette progression depuis 1986, soit une augmentation de l'ordre de 85 %.

La consommation de drogues illicites chez les jeunes est également en progression et débute vers l'âge de 12 ans, comme le souligne le Rapport Bertrand. Les jeunes sont également très exposés aux maladies transmissibles sexuellement. En outre, 25 % des cas de chlamydia affectent les jeunes de 15 à 19 ans.

Le suicide constitue un problème particulièrement aigu chez les jeunes. Le taux de suicide gravite autour de 24 pour 100 000 chez les adolescents de 15 à 19 ans et de

4 pour 100 000 chez les adolescentes. Il se situe parmi les taux les plus élevés au monde.

De plus, et malgré les efforts déployés au cours des dernières années, les directeurs de la protection de la jeunesse font face à des difficultés: le nombre de cas qui leur sont soumis excède la capacité de prise en charge; les intervenants sont conscients des limites de l'approche thérapeutique et de la probabilité élevée de récidive. La recherche de solutions doit principalement s'orienter vers la prévention précoce et la mise en place de services adaptés dans les milieux de vie des jeunes. Il faut que les familles aient accès à des formes d'aide diversifiées, dans leur milieu, pour éviter le placement de leurs enfants et empêcher les déplacements subséquents d'un milieu substitut à un autre. Il faut enfin mettre à la disposition des jeunes des ressources de placement plus légères et améliorer la qualité des services de protection de la jeunesse.

Afin de diminuer l'incidence et la gravité des problèmes chez les jeunes, le Ministre entend:

- **intensifier les activités préventives auprès des jeunes en matière d'usage des drogues et d'abus d'alcool, de MTS, de santé mentale (notamment le suicide), de décrochage scolaire, d'itinérance, de prostitution juvénile, de violence.**

Afin d'assurer l'accessibilité dans la communauté aux services requis pour les enfants et les familles, le Ministre entend:

- **en CLSC,**

  - **développer ou consolider les services destinés aux enfants de 11 ans ou moins et à leur famille afin de dépister notamment les retards de développement, de prévenir les abus et la négligence parentale et d'intervenir dans une optique générale de soutien et d'amélioration de la compétence parentale;**

  - **intensifier les services sociaux aux jeunes en milieu scolaire et prioritairement au niveau primaire en faisant passer le ratio des effectifs d'un intervenant pour 4 310 jeunes à un pour 2 800;**

  - **développer des services de consultation spécialement destinés aux jeunes de12 à 18 ans aux prises avec des problèmes fréquents à cet âge (MTS, drogues, etc.) ou avec des problèmes ayant un caractère plus aigu dans certains territoires (itinérance, prostitution, délinquance);**

- **au niveau des organismes communautaires,**

  - **soutenir en priorité des projets communautaires novateurs ayant pour but de venir en aide aux enfants et à leur famille, ainsi qu'aux jeunes aux prises avec des difficultés d'intégration sociale;**

- **dans chaque région,**

  - **mettre en place des services de médiation familiale pour diminuer les effets négatifs des ruptures d'union sur les adultes et les enfants.**

Afin d'éviter le placement et d'empêcher les déplacements d'un milieu substitut à un autre, le Ministre entend:

- **soutenir financièrement des projets visant la création d'équipes locales aptes à venir en aide aux familles en difficulté, que ce soit par des services spécifiques de répit et de soutien destinés aux parents les plus démunis ou, plus globalement, par des services orientés vers le renforcement de la capacité parentale;**

- **réviser les pratiques actuelles en matière d'adoption.**

Afin de mettre à la disposition des jeunes des ressources de placement plus légères, le Ministre entend:

- **encourager la mise sur pied de ressources d'hébergement temporaire pour les jeunes, axées sur la réinsertion sociale et privilégiant la réinsertion scolaire ou l'intégration en milieu de travail;**

- **réviser les pratiques actuelles entourant la prise de décision en matière de placement d'enfants ou de jeunes en difficulté en vue :**

  . **de limiter dans la mesure du possible le recours au placement;**

  . **d'offrir aux jeunes des possibilités de réadaptation dans différentes ressources.**

Afin d'améliorer la qualité des services de protection de la jeunesse, le Ministre entend:

- **continuer de réduire les listes d'attente en protection de la jeunesse, en supportant l'application du *Rapport sur l'analyse des activités de réception et de traitement des signalements, d'évaluation et d'orientation en protection de la jeunesse;***

- **accorder un suivi aux familles et aux jeunes dont le signalement n'a pas été retenu dans le cadre de l'application de la *Loi sur la protection de la jeunesse* mais qui méritent quand même une attention particulière;**

- **donner les suites appropriées aux recommandations du groupe de travail mandaté pour améliorer le processus de prise en charge.**

2.2.3 Les personnes handicapées

La qualité de vie de certains citoyens peut être altérée par l'absence, la perte ou la diminution d'autonomie résultant d'une déficience physique ou intellectuelle. Les trois principales formes de déficience physique sont la déficience motrice, la déficience auditive et la déficience visuelle.

Quant à la déficience intellectuelle, elle se manifeste par un fonctionnement cognitif général significativement inférieur à la moyenne, accompagné de difficultés d'adaptation qui apparaissent au cours de l'enfance. On estime à 200 000 le nombre de personnes qui présentent une déficience intellectuelle, soit 3% de la population totale; 1 % requiert des services spécifiques. Il faut donc leur offrir toutes les chances de bénéficier d'une qualité de vie satisfaisante et le plus possible semblable à celle des autres citoyens.

Depuis la fin des années 1970, le Québec a investi beaucoup d'efforts dans ces domaines et se retrouve aujourd'hui à l'avant-garde des pays industrialisés. La création de l'Office des personnes handicapées du Québec, l'adoption du plan

d'action *À part égale* et diverses mesures reliées à l'emploi, à l'éducation et au soutien dans la vie quotidienne ont permis des progrès importants. Mais certains des objectifs que la société s'était fixés en matière d'intégration n'ont pas encore été atteints. En outre, les services d'adaptation et de réadaptation demeurent toujours difficilement accessibles dans les régions éloignées. Les familles des personnes handicapées doivent pouvoir compter sur de meilleurs services externes et bénéficier de mesures de répit et de dépannage. Quant aux personnes handicapées elles-mêmes, les interventions doivent favoriser leur intégration sociale et professionnelle ainsi que le maintien ou le développement de leurs capacités fonctionnelles. En outre, des services doivent être offerts le plus près possible des milieux de vie.

Afin de favoriser l'intégration sociale et professionnelle des personnes handicapées, le Ministre entend:

- **relancer le programme gouvernemental d'intégration à l'emploi des personnes handicapées dans la fonction publique (2 % de la main-d'oeuvre employée);**

- **intensifier les plans d'embauche de personnes handicapées dans les entreprises;**

- **accroître le nombre de places dans les programmes d'apprentissage au travail.**

Afin de maintenir et développer les capacités fonctionnelles, le Ministre juge nécessaire:

- **de consolider en centre de réadaptation les services externes de stimulation précoce des enfants et de développement des jeunes présentant une déficience intellectuelle;**

- **d'affecter 650 places de soins de longue durée à la réadaptation fonctionnelle intensive.**

Afin d'offrir les services le plus près possible des milieux de vie, le Ministre entend:

- **constituer à l'intérieur des établissements des équipes multidisciplinaires en adaptation-réadaptation pour les personnes ayant une déficience auditive, motrice ou visuelle dans les régions où ces services de base ne sont pas disponibles actuellement;**

- **augmenter le budget des services à domicile pour les personnes et des services de répit et de dépannage pour les familles;**

- **rendre disponibles en plus grand nombre des lieux d'hébergement adaptés pour les adultes, en collaboration avec le ministre responsable de la Société d'habitation du Québec.**

2.2.4 Les personnes alcooliques et toxicomanes

Il est difficile, voire impossible, de connaître avec le moindrement d'exactitude le nombre de citoyens aux prises avec un problème de consommation d'alcool ou de drogue. Ce que l'on peut toutefois estimer, ce sont les conséquences humaines, économiques et sociales fréquemment associées à ce problème: dépendance physique et psychologique, dégradation de la qualité de vie, pauvreté, criminalité, itinérance,

chômage, maladie, violence conjugale, accidents routiers, etc.

Au Québec, on estime à 1,2 milliard de dollars les conséquences de la consommation illicite de drogues autres que l'alcool, dont 818 millions de dollars pour les services de santé, 197 millions de dollars de perte de productivité et 173 millions de frais au système judiciaire.

Pour leur part, les conséquences financières de la consommation abusive d'alcool sont estimées à 5,2 milliards de dollars par année pour l'ensemble du Canada. La part du Québec approche le milliard de dollars annuellement.

La consommation d'alcool a sans cesse augmenté pendant 40 ans au Québec. À partir de la fin des années 1970, on assiste à une légère baisse. Plus de 6 % des Québécois sont actuellement affectés par un problème de dépendance à l'alcool. Mais un phénomène est nouveau: un nombre grandissant de jeunes et de femmes sont touchés. Les services doivent s'adapter à cette nouvelle réalité.

Quant au phénomène de la consommation de drogues, il est plus récent. L'arrivée de drogues fortes sur le marché et la facilité avec laquelle on peut s'en procurer imposent la vigilance. Il faut donc accentuer la prévention, élargir la gamme des services offerts dans les régions moins bien pourvues en services et développer la recherche orientée vers l'intervention sociale.

Afin d'accentuer la prévention, le Ministre entend:

- **confier aux instances régionales le mandat de coordonner les activités de prévention effectuées par les intervenants de tous les secteurs;**
- **accroître les budgets consacrés à la prévention de la toxicomanie dans les établissements et les organismes communautaires.**

Afin d'élargir la gamme des services offerts dans les régions les moins bien pourvues, le Ministre juge nécessaire:

- **d'ajouter 30 nouveaux points de services de réadaptation en externe;**
- **d'ajouter 180 places en milieu alternatif d'hébergement et de réadaptation et d'adapter les programmes aux besoins notamment des femmes et des jeunes;**
- **d'ajouter 50 places de désintoxication médicale en centre hospitalier et 50 places de désintoxication dans des unités non médicales;**
- **de soumettre les établissements publics et privés offrant des services de réadaptation à des normes minimales de qualité et d'implanter un mécanisme de reconnaissance des ressources privées.**

Afin de développer la recherche orientée vers l'intervention, le Ministre entend:

- **créer, à partir d'un ou de plusieurs établissements du réseau de la santé et des services sociaux, en collaboration avec le Conseil québécois de la recherche sociale, un centre de recherche en toxicomanie, affilié à une université, qui aurait comme mandat la recherche, l'enseignement et la prestation de soins spécialisés.**

2.2.5 Les nations autochtones

Les autochtones, au nombre de 50 000 au Québec, forment dix nations réparties en trois familles ethnolinguistiques: iroquoise, algonquine et inuit.

Les autochtones sont de plus en plus amenés à utiliser les services publics mis en place pour l'ensemble de la population et, en particulier, les services sociaux, les services de santé et d'éducation. Les services doivent donc s'adapter à ces diverses cultures. Il importe d'abord de réaffirmer le droit, depuis longtemps reconnu au Québec, des nations autochtones d'avoir accès à des services conformes à leurs besoins et à leur mode de vie. Pour faciliter cette adaptation, le Gouvernement favorise l'autogestion des services par les communautés elles-mêmes. Dans cette optique, le Ministre entend:

- **confier respectivement aux Inuit et aux Cris la gestion des services de santé et des services sociaux sur les territoires Kativik et Baie James;**

- **négocier des ententes avec les nations abénakise, algonquine, attikamek, huronne, micmaque, mohawk et montagnaise en vue de leur remettre le contrôle et la gestion de leurs services;**

- **favoriser la formation d'un personnel autochtone, en intensifiant les liens de collaboration interministérielle avec le ministère de l'Éducation et le ministère de l'Enseignement supérieur et de la Science afin d'adapter les règles d'admission aux institutions d'enseignement aux particularités des autochtones;**

- **répondre aux besoins particuliers de formation du personnel allochtone travaillant en milieu autochtone.**

2.2.6 La communauté anglophone

Tous les établissements du réseau public doivent demeurer sensibles aux besoins de la communauté anglophone qui participe depuis maintenant plus de deux cents ans au développement de la société québécoise. Notre législation reconnaît que toute personne d'expression anglaise a le droit de recevoir des services dans sa langue, dans la mesure où le prévoit un programme régional d'accès aux services.

Afin d'adapter les services à la communauté anglophone, le Ministre entend:

- **implanter les programmes d'accès aux services de santé et aux services sociaux destinés à cette clientèle, préparés par les instances régionales concernées, et en assurer le suivi;**

- **tenir compte dans l'implantation de la réforme, des affiliations linguistiques des établissements oeuvrant auprès de cette communauté;**

- **favoriser l'embauche de personnel de la communauté anglophone au Ministère et dans le réseau.**

Par ailleurs, le Ministre entend:

- **faire en sorte que tous les établissements du réseau détiennent le certificat de francisation requis par la Charte de la langue française.**

2.2.7 Les communautés culturelles

Les communautés culturelles forment maintenant plus de 10 % de la population.

Ces communautés proviennent de cultures autres que québécoise francophone ou anglophone et autochtone. Leurs valeurs et leurs modes de vie sont diversifiés. Il faut faire en sorte que ces communautés aient accès à des services qui s'adaptent à leurs spécificités. À cette fin, le Ministre entend:

- instaurer un programme particulier d'accès aux services pour les communautés culturelles;
- mettre en place un programme d'égalité en emploi pour ces communautés dans le réseau de la santé et des services sociaux;
- tenir compte dans l'implantation de la réforme des affiliations culturelles des établissements oeuvrant auprès de ces communautés;
- constituer une banque d'interprètes dans l'Ile de Montréal pour seconder le personnel des établissements concernés;
- réserver un pavillon ou une unité de certains établissements d'hébergement ou de soins de longue durée pour les membres des communautés culturelles, là où le nombre ou la demande le justifie.

3. DES CITOYENS QUI REÇOIVENT DES SERVICES LE PLUS PRÈS POSSIBLE DE LEUR MILIEU DE VIE

Pour les citoyens, avoir accès aux services équivaut à les recevoir le plus près possible de leur milieu de vie. Il faut reconnaître que des efforts énormes ont été déployés au cours des dernières décennies pour rapprocher les services des milieux de vie des citoyens. Le parachèvement du réseau des CLSC, l'implantation de centres d'accueil d'hébergement dans presque tous les territoires de CLSC et la répartition plus équitable des omnipraticiens sur le territoire du Québec en constituent des exemples éloquents.

On doit cependant constater que des lacunes persistent toujours à cet égard. Les citoyens ne comprennent pas et acceptent mal de ne pas avoir facilement accès à des services de base en raison de l'absence ou du manque de professionnels sur leur territoire. Leur frustration est encore plus compréhensible lorsqu'ils rencontrent des difficultés d'accès aux services médicaux, compte tenu du rôle particulièrement essentiel de ces services et notamment des médecins au sein de tout système de santé. Le manque de ressources professionnelles oblige ces citoyens à se déplacer vers les grands centres pour obtenir des services de base ou, tout simplement, à ne pas y recourir. Pourtant, ils paient les mêmes impôts que tous les Québécois.

Le manque de ressources professionnelles près des milieux de vie des citoyens est attribuable soit à une pénurie réelle de certains types de professionnels dans l'ensemble du Québec, soit à leur mauvaise répartition géographique.

Quatre catégories de professionnels font particulièrement l'objet de préoccupations de la part des citoyens: les médecins, les infirmières, le personnel de réadaptation et les professionnels du secteur social.

3.1 Les médecins

Le Québec ne manque pas de médecins. Au contraire, la société québécoise fait même partie du peloton de tête des pays industrialisés à ce chapitre. Ainsi, le Québec est, avec la Colombie-Britannique, la

province canadienne la mieux pourvue en médecins. Le Québec compte 4 % de plus de médecins que l'Ontario et 7 % de plus que l'ensemble du Canada. En fait, ces dernières années, le nombre de médecins s'est accru trois fois plus rapidement que la population. C'est également au Québec que l'on retrouve le plus grand nombre de spécialistes, soit 8 % de plus que l'Ontario et 14 % de plus que l'ensemble du Canada.

Pourtant, certains services médicaux ne sont pas toujours facilement accessibles en région. La situation s'est beaucoup améliorée ces dernières années pour les services de médecine familiale. Le volume de services dispensés est à peu près égal d'une région à l'autre. Ce n'est cependant pas le cas pour les spécialités et particulièrement pour les spécialités de base, notamment la chirurgie générale, la médecine interne, la psychiatrie, l'obstétrique, l'anesthésie et la radiologie.

Deux facteurs sont en cause: une pénurie dans certaines spécialités et la mauvaise répartition géographique des spécialistes.

La pénurie est reliée au fait que de moins en moins d'étudiants en médecine choisissent une formation dans les spécialités de base, telles que la médecine interne et la chirurgie générale. Ils optent en plus grand nombre pour des ultraspécialités, jugées plus attrayantes en raison à la fois de la rémunération et de la valorisation plus grande du volet technique de la pratique médicale par rapport à son volet clinique. Or, les ultraspécialités se concentrent dans les grands centres. En fait, on dénombre au total entre trois et cinq fois plus de spécialistes dans les régions universitaires - Montréal, Québec et l'Estrie - que dans les autres régions. On y dénombre aussi de 7 à 15 fois plus d'anesthésistes, de psychiatres et d'internistes. Près des trois quarts des nouveaux diplômés dans les spécialités s'établissent dans les régions universitaires. Comme résultat, la consommation de services spécialisés est une fois et demie plus élevée à Montréal que dans les régions non universitaires. En psychiatrie, l'écart est encore plus manifeste.

L'autre conséquence de cette mauvaise distribution de la main-d'oeuvre est que des citoyens des régions intermédiaires et éloignées doivent se rendre dans les grands centres pour obtenir certains services médicaux. Ainsi, les citoyens de la Côte-Nord consomment la moitié des services spécialisés hors de leur région. En Abitibi-Témiscamingue et dans le Bas-St-Laurent-Gaspésie, cette proportion s'élève à plus du tiers. Les déplacements rendus nécessaires entraînent des coûts supplémentaires pour les citoyens des régions. À la limite, c'est le principe même de l'accessibilité universelle aux services qui est compromis.

Afin de permettre aux citoyens de toutes les régions de recevoir les services le plus près possible de leur milieu de vie, il faut:

- combler la pénurie actuelle dans certaines spécialités de base;

- favoriser une meilleure répartition des médecins entre les régions.

3.1.1 Combler la pénurie dans des spécialités de base

Pour combler les pénuries dans des spécialités de base, le Ministre demande au Gouvernement:

- **d'augmenter le nombre d'admissions en médecine interne et en chirurgie générale;**

- **de faire en sorte que cette augmentation des admissions se traduise effectivement par un accroissement du nombre de médecins qui pratiquent dans ces spécialités de base plutôt que dans les ultraspécialités;**

- **de valoriser les spécialités de base dans la négociation des conditions de rémunération des médecins spécialistes.**

3.1.2 Améliorer la répartition géographique des médecins

Pour améliorer la distribution des médecins sur le territoire, il faut:

. associer davantage les facultés de médecine;
. renforcer l'application des plans d'effectifs médicaux;
. régionaliser le budget du programme des services médicaux administré par la Régie de l'assurance-maladie du Québec.

Associer davantage les facultés de médecine

En raison de leur position stratégique dans le recrutement et l'orientation de la carrière des étudiants, les facultés de médecine peuvent être davantage mises à contribution pour combler les pénuries de médecins sur tout le territoire du Québec.

À cette fin, le Ministre entend:

- **affilier chacune des régions du Québec à une faculté de médecine;**

- **confier à chaque faculté de médecine des responsabilités relatives à la main-d'oeuvre médicale dans les régions qui leur sont affiliées, à savoir:**

. **favoriser le recrutement d'étudiants en provenance de ces régions;**

. **favoriser l'enseignement dans les établissements de ces régions, notamment pour les programmes de médecine familiale et des spécialités de base;**

. **orienter leurs médecins-résidents vers leurs régions en pénurie de ressources;**

. **procurer un encadrement professionnel stimulant et des possibilités de ressourcement aux médecins qui pratiquent déjà dans ces régions.**

Renforcer l'application des plans d'effectifs médicaux

L'application des plans d'effectifs médicaux pour la période de 1987 à 1990 n'a pas permis un fléchissement significatif de la répartition géographique des médecins et ce, pour trois raisons.

La première est que plus de 55 % des nouveaux spécialistes qui se sont installés au Québec au cours de cette période ont été nommés professeurs. Ces nominations permettaient aux nouveaux spécialistes d'obtenir des taux de rémunération de 100 % de la part de la Régie de l'assurance-maladie du Québec même lorsqu'ils s'installaient dans une région universitaire. S'ils n'avaient pas été nommés professeurs, leur taux de rémunération n'aurait été que de 70 %. Il y a actuellement près de 450 médecins dans cette situation au Québec.

La deuxième raison est liée au fait que les plans d'effectifs médicaux ne s'adressent qu'à la pratique en établissement. Ils ne contrôlent pas l'installation en cabinet privé. Or, les nouveaux omnipraticiens du Québec ont été de plus en plus nombreux à opter pour la pratique en cabinet privé seulement, ce qui les a soustrait à l'application des plans d'effectifs médicaux. Si seulement 20 % des omnipraticiens pratiquaient uniquement en cabinet privé en 1987, c'est dans une proportion de 54 % que les nouveaux omnipraticiens de 1988-1989 optaient pour ce type de pratique. Ce pourcentage grimpait à 65 % pour les nouveaux omnipraticiens de 1989-1990.

La troisième raison est que certains établissements ont recruté des médecins en nombre supérieur à ce que leur permettaient leurs plans d'effectifs médicaux.

Afin de donner une portée plus grande aux plans d'effectifs médicaux, le Ministre entend:

- **limiter à 150, pour une période de 3 ans, le nombre de médecins qui s'installent dans une région universitaire et qui sont exemptés de la rémunération réduite en raison de leur nomination à titre de professeurs ou de chercheurs;**

- **inclure dans les plans régionaux d'effectifs médicaux les médecins des cabinets privés.**

Afin d'assurer le respect des plans d'effectifs médicaux, le Ministre entend:

- **exiger que toute nomination d'un médecin en établissement soit entérinée à la fois par l'établissement et l'instance régionale, lorsqu'il y a:**
  - **dépassement du nombre autorisé au plan d'effectifs;**
  - **défaut de l'établissement de fournir un plan;**
  - **absence temporaire d'un plan d'effectifs, par exemple durant la période précédant l'approbation d'un nouveau plan;**
  - **absence temporaire d'un plan approuvé par le Ministre.**

- **imposer un embargo sur tout développement immobilier et tout rehaussement technologique aux établissements qui procéderaient à des nominations au-delà du plan d'effectifs médicaux autorisé. L'embargo sera maintenu aussi longtemps que le plan ne sera pas respecté.**

Régionaliser le budget de la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ)

Plus un territoire compte de médecins, plus la RAMQ lui consacre une partie importante de son budget et ce, sans lien direct avec la population à desservir. Cette façon d'allouer le budget de la RAMQ a pour conséquence d'obliger les citoyens à se déplacer là où sont les médecins. Par contre, si le budget de la RAMQ était plutôt alloué en fonction de la population de chaque région du Québec, on disposerait alors d'un incitatif efficace à l'installation des médecins en région. La façon de gérer les budgets de la RAMQ doit donc être changée.

Afin de régionaliser l'enveloppe de la RAMQ, le Ministre entend:

- **demander à la RAMQ de ventiler le budget des services médicaux par région, à partir des caractéristiques**

démographiques et de l'état de santé de la population;

- **faire en sorte que chaque budget régional de services médicaux ainsi constitué soit fermé et continue d'être géré par la RAMQ;**

- **exiger que les coûts associés à la consommation de services médicaux par la population d'une région donnée soient défrayés à même l'enveloppe de cette région et ce, indépendamment de la région où ces services seront effectivement reçus;**

- **établir un honoraire différencié basé sur le degré de pénurie et de surplus des médecins et sur l'éloignement de la région;**

- **réviser à tous les trois ans la modulation des honoraires entre les régions. Il n'est plus question d'avoir un honoraire différencié à la baisse pour trois ans et à la hausse pour toute la vie, de telle sorte qu'il sera désormais possible d'assurer l'autofinancement de la politique des honoraires différenciés;**

- **faire gérer par les instances régionales une enveloppe budgétaire annuelle pour la rémunération à honoraires forfaitaires;**

- **demander annuellement à l'instance régionale de proposer, le cas échéant, des correctifs pour combler les écarts qui auraient pu s'établir entre le budget régional et les dépenses réelles.**

Ces correctifs pourraient porter sur:

- le nombre de médecins;
- les modes de rémunération;
- les honoraires différenciés;
- l'évolution de la pratique médicale.

3.2 Les infirmières

La situation concernant les infirmières devient de plus en plus critique au Québec. En 1980, le Québec se situait au deuxième rang des provinces canadiennes au chapitre du nombre d'infirmières, juste après l'Ontario. Il glissait toutefois au septième rang en 1988. Actuellement, le Québec compte près de 10 % de moins d'infirmières que l'Ontario et que l'ensemble du Canada. Par contre, le Québec bénéficie d'environ 8 % de plus d'infirmières auxiliaires.

Bien que le nombre d'infirmières actives ait augmenté de 20 % entre 1980 et 1988, la demande d'infirmières de la part du réseau, elle, s'est accrue de près de 24 %. Actuellement, 9 % des postes d'infirmières dans le réseau sont vacants, soit le double de ce qui existait en 1980. Le pourcentage de postes vacants est encore plus élevé dans l'Outaouais (14 %) et dans les centres hospitaliers psychiatriques (17 %).

Les raisons pouvant expliquer cette situation sont multiples. Depuis dix ans, on forme de moins en moins d'infirmières. En 1980, on dénombrait 2 800 recrues. Aujourd'hui, leur nombre atteint à peine 2 000. De plus en plus d'infirmières délaissent la profession. Dans le jeu des échanges interprovinciaux, le Québec a un bilan migratoire négatif qui semble vouloir s'accélérer. Enfin, la spécialisation graduelle des tâches en soins infirmiers a entraîné une baisse de 7 % de la demande pour les infirmières auxiliaires.

Si la profession d'infirmière présente aujourd'hui moins d'attrait, c'est que les conditions de travail se sont détériorées au cours des ans. Beaucoup d'emplois sont maintenant considérés comme précaires (60 % des infirmières occupent des postes temporaires), sans compter les horaires de travail difficiles. Plusieurs infirmières jugent qu'elles n'ont pas assez d'autonomie dans leur pratique et que leur expertise professionnelle n'est pas suffisamment reconnue.

La dernière négociation marque un premier pas dans l'amélioration des conditions de travail du personnel infirmier. Ainsi, la rémunération de base des infirmières représentera, à la fin de la convention collective, 85 % du salaire des professionnels du réseau. Les primes de responsabilités ont été rehaussées et, surtout, un niveau d'emploi professionnel (l'infirmière-bachelière) a été introduit. Également, des mesures sont prévues pour améliorer les conditions de travail des employés à temps partiel et pour augmenter graduellement le nombre de postes à temps complet. Enfin, pour compenser et atténuer les inconvénients liés au travail effectué durant les jours fériés, les primes pour le travail de nuit et de fin de semaine ont été augmentées substantiellement.

Le Ministre entend donc:

- **évaluer rigoureusement l'impact des mesures négociées sur l'attraction et la rétention des infirmières.**

Quant à l'organisation des soins infirmiers en établissement, certains groupes professionnels d'infirmières prônent une spécialisation qui fait peu de place aux infirmières auxiliaires et aux préposés.

Il est cependant clair que si nous devions faire reposer la prestation de tous les soins infirmiers uniquement sur les infirmières et particulièrement les infirmières bachelières, la pénurie serait encore plus accentuée. Les infirmières auxiliaires doivent trouver leur place au sein du réseau.

Afin que la population puisse continuer d'avoir accès à des soins infirmiers de haute qualité, donnés par une main-d'oeuvre compétente, le Ministre entend:

- **élaborer une politique globale de la main-d'oeuvre en soins infirmiers en vue de:**

  - **cerner les besoins actuels et futurs de main-d'oeuvre en soins infirmiers;**

  - **préciser des mesures concrètes d'attraction, de rétention et de répartition de cette main-d'oeuvre;**

  - **privilégier les modes d'organisation de soins qui favorisent la valorisation des tâches et mettent à profit les diverses compétences, tant des infirmières, des auxiliaires que des préposés.**

3.3 Le personnel de réadaptation

Les attentes de plusieurs groupes, dont les personnes handicapées et les personnes âgées, nous ont amenés, ces dernières années, à mettre l'accent sur le maintien de l'autonomie. Cette situation a entraîné une demande accrue de services de réadaptation. Bien que le nombre de professionnels en réadaptation ait considérablement augmenté au cours de la dernière décennie, on se retrouve aujourd'hui

devant une pénurie de professionnels: ergothérapeutes, orthophonistes-audiologistes, physiothérapeutes et techniciens en réadaptation. Cette pénurie est plus marquée dans certaines régions, le personnel étant concentré dans les grands centres.

Récemment, des efforts ont été faits pour combler les besoins. L'Université de Montréal a augmenté du tiers le nombre d'admissions en orthophonie (de 25 à 35). L'Université de Sherbrooke offre depuis peu un programme de deuxième cycle en orientation-mobilité. De plus, le Gouvernement a majoré le nombre d'admissions dans les programmes d'ergothérapie de 25 en septembre 1989 et de 30 en septembre 1990, ce qui représente une augmentation de près de 20 % des admissions. Cette dernière mesure vise notamment à corriger la situation particulièrement critique vécue dans les centres d'accueil pour personnes âgées.

Le Ministre entend donc:

- **évaluer l'impact de l'augmentation des admissions sur la disponibilité de la main-d'oeuvre;**

- **élaborer une politique qui permettra la formation du personnel en réadaptation en nombre suffisant, favorisera l'utilisation maximale des compétences tant professionnelles que techniques et en assurera la répartition équitable sur le territoire du Québec.**

3.4 Le personnel du secteur social

Jusqu'à ce jour, les ressources humaines du secteur social et psychosocial, telles que les éducateurs spécialisés et les travailleurs sociaux, n'ont pas fait l'objet d'une attention particulière de la part du ministère de la Santé et des Services sociaux. Pourtant, ce personnel oeuvre dans des domaines souvent difficiles et auprès de clientèles dont les besoins sont souvent fort complexes, que l'on pense aux jeunes en difficulté d'adaptation, aux jeunes victimes de négligence ou encore aux femmes et aux personnes âgées victimes de violence.

Il faut donc amorcer dans ce secteur une réflexion comparable à celle qui est faite depuis longtemps dans le secteur de la santé. À cette fin, le Ministre entend:

- **procéder à un inventaire des postes disponibles pour ce type de professionnels dans tout le réseau de la santé et des services sociaux;**

- **déterminer le degré de difficulté de recrutement et de rétention par région et par catégorie d'établissements;**

- **s'assurer que le nombre de professionnels formés soit au moins suffisant pour combler ces postes.**

4. DES CITOYENS ACCUEILLIS, AIDÉS ET TRAITÉS PAR UN PERSONNEL DÉVOUÉ ET DÉDIÉ À SA TÂCHE

Le citoyen doit pouvoir compter sur du personnel non seulement accueillant mais aussi à l'écoute des besoins des usagers et capable de leur fournir un service efficace et personnalisé. Règle générale, les témoignages sont largement positifs à cet égard.

Malgré tout, des citoyens mettent parfois en cause le comportement du personnel. Certains se plaignent d'être reçus ou traités dans l'indifférence. On parle à l'occasion de services à la chaîne où la routine l'emporterait sur l'approche individuelle.

Il s'agit certes de cas isolés. Toutefois, la qualité de la relation entre le citoyen et le personnel du réseau en souffre. À cet égard, il est largement démontré que la qualité de cette relation est étroitement liée au degré de satisfaction du personnel dans l'accomplissement de son travail. Dans le secteur de la santé et des services sociaux, ce degré de satisfaction se réflète également sur la capacité ou non du réseau à attirer et garder le personnel dont il a besoin.

Or, certains phénomènes, tels que la proportion élevée d'employés qui délaissent le réseau et l'augmentation de l'absentéisme et des griefs, tendent à pointer du doigt la qualité même du milieu de travail. Rehausser la qualité des services au citoyen passe donc obligatoirement par l'amélioration de la qualité de vie au travail des employés. Cet objectif ne pourra être atteint qu'en corrigeant les causes multiples à l'origine de la démotivation d'une partie du personnel et en accordant à la gestion des ressources humaines la plus grande attention.

Pour faire en sorte que les citoyens soient accueillis, aidés et traités par un personnel dévoué et dédié à sa tâche, il faut:

- motiver le personnel;
- valoriser le personnel;
- fournir au personnel l'opportunité de relever de nouveaux défis.

4.1 Motiver le personnel

Le personnel doit être en mesure d'exercer son influence sur le devenir de l'établissement. Il doit en outre sentir que sa voix compte dans la détermination de moyens pour rehausser la qualité des services et que son point de vue est recherché et écouté lorsqu'il est question de l'organisation du milieu de travail. Ainsi associé aux décisions, il peut davantage développer le sentiment d'appartenance si nécessaire à la motivation au travail. Des mécanismes précis doivent être prévus à cette fin.

Par ailleurs, on ne saurait passer sous silence l'impact de la Loi 160 qui, bien que nécessaire pour maintenir les services essentiels à la population, a introduit des sources supplémentaires de frustration pour le personnel.

4.1.1 Favoriser la participation du personnel à l'orientation générale de l'établissement

Le personnel doit à la fois être partie prenante dans les décisions sur l'orientation de l'établissement et être associé le plus possible à l'amélioration de la qualité des services sur une base permanente. À cette fin, le Ministre entend:

- **permettre aux différentes catégories d'employés et de professionnels de siéger au conseil d'administration de l'établissement où ils travaillent;**

- **réserver un siège aux médecins et un autre aux infirmières parmi les sièges prévus pour la représentation des employés et des professionnels au conseil d'administration d'un centre hospitalier;**

- **faire en sorte que les employés des établissements soient informés et consultés sur les priorités et les orientations de l'établissement;**

- **demander aux établissements de tenir à l'intention des employés au moins une assemblée annuelle ouverte à la discussion.**

4.1.2 Faire participer le personnel à l'organisation de son milieu de travail

Si l'on souhaite que les employés se reconnaissent dans les règles du jeu qui régissent le fonctionnement de leur milieu de travail, il faut à tout le moins leur permettre d'influencer ces règles de manière à ce qu'elles s'adaptent à la réalité particulière de chaque milieu de travail. Des possibilités existent à ce sujet mais n'ont jamais été vraiment exploitées à ce jour. À cette fin, le Ministre entend:

- **ramener aux niveaux régional et local la négociation des clauses sans incidence financière reliées à la gestion des ressources humaines, à l'organisation du travail et au perfectionnement.**

La *Loi sur le régime de négociation des conventions collectives dans les secteurs public et parapublic* permet, en effet, que des ententes soient conclues au niveau local afin précisément de favoriser l'ajustement aux particularités de chaque milieu de travail. Ces dispositions peuvent porter, par exemple, sur l'aménagement des heures et de la semaine de travail, les conditions à respecter lors de la fusion des postes, les modalités de mise en place des équipes volantes, les modalités de déplacements à l'intérieur de l'établissement, les vacances annuelles, les pratiques et responsabilités professionnelles, etc.

Pour effectuer ce virage, le Ministre entend:

- **convenir avec les organisations syndicales concernées de décréter un moratoire sur les clauses normatives sans incidence financière, qui pourrait être levé à la suite d'une entente locale ou régionale.**

Le Ministre entend de plus:

- **demander aux établissements de confier aux cadres responsables de la prestation des services les responsabilités qui leur reviennent en matière de gestion des ressources humaines, notamment l'organisation du travail, le perfectionnement et l'évaluation du personnel.**

4.2 Valoriser le personnel

La valorisation du personnel passe par la reconnaissance de la compétence professionnelle, du travail accompli et des résultats obtenus. Il s'agit notamment de favoriser une plus grande autonomie professionnelle, de réduire les conditions de travail difficiles et de reconnaître l'excellence de façon tangible.

4.2.1 Favoriser une plus grande autonomie professionnelle

Le Code des professions sert depuis 1973 de cadre légal aux relations entre les professionnels et leurs clients et entre les catégories de professionnels. Il réglemente l'activité des 40 corporations dûment reconnues, parmi lesquelles on en dénombre

22 pour le seul secteur de la santé et des services sociaux.

Le Code visait deux objectifs: assurer la protection du public et favoriser la collaboration interprofessionnelle. Il prévoyait deux statuts juridiques pour les corporations: le titre réservé et le champ d'exercice exclusif.

Afin de favoriser la collaboration professionnelle, le Code instaurait également la délégation d'actes. Or, même si l'Office des professions doit veiller à ce que toute corporation qui y est tenue par la loi détermine parmi les actes réservés à ses membres ceux qui peuvent être posés par des personnes autres que ses membres, les corporations ont jusqu'à ce jour peu bougé en cette matière.

Quinze ans après la décision du législateur rendant obligatoire la délégation d'actes, seulement 3 des 7 corporations concernées avaient adopté un règlement en ce sens et plusieurs en avaient profité pour agrandir leur champ de pratique. En conséquence, la hiérarchisation des professions s'en est trouvée renforcée et de nouveaux obstacles ont été dressés en matière d'organisation du travail et de collaboration interdisciplinaire.

Afin d'assouplir l'organisation du travail et d'améliorer les rapports interprofessionnels au sein des établissements, le Ministre entend demander au Gouvernement de:

- **réévaluer, au cours des deux prochaines années, la réglementation professionnelle dans la perspective d'un remplacement des champs d'exercice exclusifs par des actes exclusifs et à partage restreint ou par des titres réservés.**

4.2.2 Réduire les conditions de travail difficiles

Les conditions de travail en établissement sont parfois difficiles. Plusieurs facteurs sont en cause: la multiplication des emplois précaires, les horaires de travail difficiles et la lourdeur des tâches. Les dernières négociations collectives ont justement permis d'adopter des correctifs. Conséquemment, le Ministre entend:

- **évaluer l'impact des mesures prises au regard de la réduction du nombre d'employés occasionnels et de l'augmentation de 40 à 60 % de la proportion d'emplois réguliers;**

- **évaluer également l'impact des mesures relatives à l'établissement d'un meilleur partage des inconvénients et d'une plus juste compensation concernant les heures de travail et les horaires plus difficiles (travail de nuit, de fin de semaine, durant les jours fériés).**

Le Ministre entend de plus:

- **s'assurer que les objectifs visés par la Loi 160 ont été atteints et déterminer les effets tant positifs que négatifs de l'application de la loi sur les bénéficiaires, les établissements, les travailleurs et les travailleuses.**

Un mandat à cette fin a été confié à messieurs Norbert Rodrigue, directeur général de la Conférence des conseils régionaux de la santé et des services sociaux, et Maurice Lemelin, directeur des services parapédagogiques à l'École des hautes études commerciales.

4.2.3 Reconnaître l'excellence

Les hauts faits du personnel, les initiatives novatrices et les comportements dignes de mention en matière de qualité de services méritent d'être non seulement signalés mais également appréciés et reconnus. Il en va de même pour la gestion des ressources humaines, dont la qualité se répercute dans une large mesure sur la qualité de la relation entre le citoyen et le personnel. À cet égard, la satisfaction de l'usager est indissociable de la satisfaction du personnel et des cadres.

À cette fin, le Ministre entend:

- **créer des prix d'excellence d'envergure provinciale de façon à reconnaître la qualité des services rendus par le personnel et la qualité de la gestion des ressources humaines dans le réseau;**

- **inviter les établissements et les instances régionales à créer également des prix d'excellence à cet effet.**

4.3 Fournir au personnel l'opportunité de relever de nouveaux défis

L'acquisition de compétences nouvelles et la diversité de l'expérience de travail génèrent des gains à la fois pour l'employé et l'organisation. Dans cette optique, le système de santé et de services sociaux doit investir davantage dans le perfectionnement du personnel et favoriser la mobilité.

4.3.1 Faire en sorte que le développement des ressources humaines devienne une préoccupation permanente

Il importe d'amener tous les établissements à accorder une priorité absolue au capital humain sur lequel repose la qualité des services. À cette fin, le Ministre entend demander à chaque établissement:

- **d'élaborer un plan d'action annuel pour le développement du personnel;**

- **de préparer ce plan en collaboration avec le personnel et d'y inclure les mesures relatives notamment au perfectionnement et à la mobilité mais aussi à l'accueil, à l'évaluation et à l'orientation de carrière des employés.**

4.3.2 Accroître le perfectionnement

Jusqu'à tout récemment, le secteur de la santé et des services sociaux consacrait à la formation en cours d'emploi environ trois fois moins de ressources financières que la Fonction publique ou le secteur de l'éducation. Lors des dernières négociations, des améliorations ont été apportées entre autres pour le personnel infirmier et le personnel cadre. Le Ministre entend:

- **poursuivre le rattrapage en matière de financement, de manière à ce que d'ici trois ans, les sommes consacrées au perfectionnement des ressources humaines dans les établissements du réseau soient comparables à celles qu'investissent les réseaux de l'Éducation et de la Fonction publique;**

- **faire dispenser annuellement par le Ministère, à Québec et en région, des sessions de formation à l'intention des membres des conseils d'administration, des cadres et employés des établissements,**

des instances régionales et des organismes communautaires afin de développer dans le réseau de services une culture commune et d'échanger des points de vue sur:

- **les priorités et les objectifs qui doivent être poursuivis;**
- **les stratégies et les orientations à privilégier;**
- **les façons de faire face aux contraintes;**
- **les contributions et les rôles attendus des uns et des autres.**

4.3.3 Accroître la mobilité

La mobilité favorise l'innovation et suscite le dynamisme. Elle peut signifier pour l'employé un cheminement de carrière plus diversifié et valorisant. Elle est éminemment souhaitable, notamment pour les employés, pour les cadres et pour les organisations. Or, divers facteurs font en sorte que cette mobilité est presque nulle au sein du réseau et ce, tant pour le personnel que pour les directeurs généraux. En conséquence, le Ministre entend:

- **élaborer et mettre en oeuvre une politique de mobilité pour le personnel cadre et particulièrement les directeurs généraux;**

- **convenir avec les syndicats des mécanismes à mettre en place pour accroître la mobilité du personnel syndiqué.**

II. POUR LE CITOYEN DÉCIDEUR

La participation de la population à la gestion et à l'orientation du réseau de la santé et des services sociaux s'est imposée avec la réforme des années 1970 comme une valeur fondamentale sur laquelle ce réseau devait s'ériger. Cette valeur conserve encore aujourd'hui toute sa pertinence. La raison en est simple. C'est au citoyen que sont destinés les services; c'est lui qui de toute façon en défraie les coûts; c'est aussi lui qui est le mieux placé pour dire ce qu'il attend du réseau.

Dans la pratique, les citoyens n'ont pas l'impression d'exercer une influence réelle sur le réseau et ce, pour trois raisons principales. Il existe un seul réel pouvoir de décision dans le réseau, et c'est le ministère de la Santé et des Services sociaux qui l'exerce. Ce faisant, il dicte ce qui doit être fait et, souvent, la manière de le faire. Les citoyens membres des diverses structures décisionnelles du réseau se perçoivent alors davantage comme les exécutants de décisions prises ailleurs que comme des personnes en mesure de les influencer réellement.

Les citoyens sont minoritaires au sein des conseils d'administration du réseau. Les représentants des établissements, des professionnels, du personnel et des gestionnaires exercent une influence déterminante dans la prise de décision. Les citoyens, eux, éprouvent du mal à jouer leur rôle de porte-parole de la communauté.

Enfin, ils ont vraiment l'impression que le réseau rend compte de sa gestion et de ses décisions davantage à ceux qui le composent qu'à la population qu'il dessert. Certes, les établissements et les professionnels qui y travaillent doivent répondre des services qu'ils rendent à chacun de leurs usagers. Mais ils ne sollicitent guère l'apport du citoyen à l'orientation des services et à l'évaluation nécessaire à leur amélioration. D'ailleurs, il n'existe pas de véritable canal pour recueillir cet apport et permettre aux citoyens d'exercer une influence réelle.

Pour replacer le citoyen en tant que décideur au centre du système, trois orientations sont poursuivies:

- une prise de décision le plus près possible de l'action;
- des citoyens au coeur de la prise de décision;
- des citoyens imputables de leurs décisions.

1. UNE PRISE DE DÉCISION LE PLUS PRÈS POSSIBLE DE L'ACTION

Le ministère de la Santé et des Services sociaux prend quotidiennement des décisions qui devraient et pourraient avec avantage être prises à d'autres niveaux. Ramener la prise de décision le plus près possible de l'action exige donc avant tout que le Ministère redéfinisse son rôle. Il doit se départir de certaines fonctions qu'il remplit à l'heure actuelle, au profit notamment des régions.

Ce transfert n'est pas uniquement orienté vers le palier régional. L'accroissement des responsabilités assumées par l'instance régionale ne doit pas se traduire par une nouvelle centralisation des pouvoirs à ce niveau. La prise de décision doit être locale dans la mesure où l'action elle-même est locale. S'il en était autrement, l'instance régionale pourrait rapidement tendre à

diriger les établissements là où elle doit plutôt les soutenir, à intervenir directement dans les services là où elle doit plutôt les coordonner régionalement, à réglementer et à alourdir là où le Ministère lui-même déréglemente et allège. Ramener la prise de décision le plus près possible de l'action suppose également une précision du rôle de l'instance régionale.

Par contre, l'octroi de pouvoirs accrus au palier local nécessite que chaque établissement ait des rôles, responsabilités et missions très clairs et que les limites de ses pouvoirs soient précisées, ne serait-ce que pour maintenir la cohérence d'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux du Québec. Ramener la prise de décision le plus près possible de l'action entraîne donc aussi une révision du rôle des établissements du réseau.

Afin que la prise de décision soit le plus près possible de l'action, il faut:

- procéder à une réelle décentralisation vers les régions;
- définir des fonctions et des responsabilités claires;
- accorder une marge de manoeuvre véritable aux établissements.

1.1 Procéder à une réelle décentralisation vers les régions

Il est impensable de continuer à traiter directement au niveau central l'ensemble des demandes qui proviennent des 900 établissements, des quelque 1300 organismes communautaires subventionnés et des milliers de professionnels du réseau. Le personnel du Ministère ne peut avoir la même connaissance des besoins, des particularités, des dynamismes et des ressources du milieu que les gens du milieu eux-mêmes et ce, malgré la meilleure volonté du monde.

Mais il y a plus. Pendant que le Ministère traite directement chacune des demandes du réseau, il ne peut assumer les responsabilités qui relèvent réellement de lui. Bref, il n'exerce pas le leadership auquel on s'attend de lui et que lui seul peut assumer.

Les instances régionales, pour leur part, n'ont actuellement ni le pouvoir ni les moyens d'adapter les services aux besoins de la population de leur territoire. Bien que leur mandat se soit élargi depuis 1970, leurs pouvoirs demeurent restreints et certes insuffisants pour effectuer les arbitrages que requièrent une véritable planification et une organisation régionale des services. Dans un tel contexte, les établissements viennent débattre directement au Ministère leurs projets de développement, leurs problèmes financiers ou leurs besoins en équipement.

Afin de procéder à une réelle décentralisation du réseau de la santé et des services sociaux, le Ministre entend:

- **créer un palier régional responsable du développement et de l'organisation des services de santé et des services sociaux;**
- **abolir les actuels conseils de la santé et des services sociaux;**
- **créer une régie de la santé et des services sociaux dans chacune des régions administratives du Québec, sauf pour le Nord du Québec où il y en aura deux pour tenir compte des particularités des Inuit et des Cris;**

- **accorder, au sein de ces régies, une priorité d'engagement au personnel actuel des conseils de la santé et des services sociaux.**

Afin de procéder à cette décentralisation vers les paliers régional et local, il faut clairement départager les responsabilités:

- du Ministère;
- des régies régionales;
- des établissements.

1.1.1 Le Ministère

Le Ministère demeure l'ultime responsable des objectifs fixés par le législateur. Chargé du mandat général de régulation du régime, d'en définir et d'en contrôler les règles générales de fonctionnement, sa responsabilité se traduit pour l'essentiel par la gestion d'ensemble et la coordination interrégionale. Son titulaire en répond au nom du Gouvernement, devant l'Assemblée nationale et la population.

À cette fin, le Ministre entend redéfinir la mission du Ministère autour des fonctions suivantes:

- **proposer au Gouvernement les orientations et les objectifs du secteur de la santé et des services sociaux;**

- **élaborer les politiques et les programmes, s'assurer de leur mise en application et évaluer leur efficacité;**

- **répartir équitablement entre les régions les ressources humaines, financières et matérielles, et assurer leur utilisation efficiente;**

- **assumer centralement les fonctions suivantes:**

  - **la planification des services tertiaires, incluant les nouvelles technologies de la santé;**
  - **l'agrément des établissements, y compris les établissements privés conventionnés;**
  - **la négociation des ententes et des conventions collectives;**
  - **la détermination du cadre de gestion des ressources;**
  - **l'autorisation des projets majeurs d'immobilisation;**
  - **la coordination de la recherche;**

- **adopter les mesures de protection requises lorsque la santé de la population est menacée.**

1.1.2 Les régies régionales

Les régies régionales sont les véritables maîtres d'oeuvre du développement et de l'organisation des services de santé et des services sociaux sur leur territoire. À ce titre, elles partagent avec le Ministère, en tant qu'organismes associés, la gestion du réseau public de services.

Le Ministre entend donc confier aux régies régionales les fonctions suivantes:

- **assurer la participation de la population à la gestion du réseau public de services de santé et de services sociaux et assurer le respect des droits des usagers;**

- **définir leurs priorités en fonction des réalités de leur territoire et des objectifs de santé et de bien-être fixés par le Ministère;**

- **décider de l'organisation des services sur leur territoire et en évaluer l'efficacité sans jamais agir comme fournisseur direct de services;**

- **allouer les budgets aux établissements et aux organismes communautaires et assurer leur utilisation efficiente;**

- **agréer les médecins qui pratiquent en cabinet privé;**

- **coordonner l'action des cabinets privés de professionnels, des établissements, des ressources intermédiaires et des organismes communautaires, favoriser la collaboration avec les autres agents de développement de leur milieu et établir les ententes requises avec les autres régions;**

- **mettre en place des mesures visant la protection de la santé publique et la protection sociale des individus, des familles et des groupes;**

- **inciter les établissements à se regrouper pour une gestion efficiente de leurs ressources.**

1.1.3 Les établissements

Les établissements constituent la base du réseau et ils partagent tous la même responsabilité en regard des services à offrir à la population québécoise.

Le Ministre entend confier aux établissements les fonctions suivantes:

- **offrir à la population des services de qualité, accessibles et continus:**

  - **en vue de contribuer à l'atteinte d'objectifs centrés sur la réduction des problèmes de santé et de bien-être et sur la satisfaction des besoins de groupes spécifiques de la population;**

  - **compte tenu de leur mission, des ressources mises à leur disposition et de l'organisation régionale des services;**

- **accueillir les usagers et évaluer leurs besoins;**

- **référer, le cas échéant, les usagers aux ressources appropriées;**

- **gérer de façon efficiente les ressources humaines, matérielles et financières dont ils disposent avec l'obligation de participer aux achats et aux approvisionnements en commun;**

- **participer à l'évaluation des soins et des services dispensés ainsi que des programmes régionaux de services.**

1.2 Définir des fonctions et des responsabilités claires

Les rôles et fonctions des établissements qui composent le réseau de la santé et des services sociaux doivent clairement être définis. Cette définition est encore plus importante dans un contexte de décentralisation afin de bien voir où s'exerce l'autonomie de chacun, mais aussi où doit commencer la nécessaire concertation.

La définition des rôles et fonctions des établissements du réseau doit tenir compte de la contribution croissante des organismes communautaires dans le secteur de la santé et des services sociaux. Elle doit aussi

considérer l'impact de la décentralisation sur l'organisation de la santé publique.

Des précisions doivent donc être apportées en ce qui concerne:

- les établissements;
- les organismes communautaires;
- la santé publique.

1.2.1. Les établissements

Les établissements constituent l'assise du réseau public. Ils sont pour les citoyens la représentation la plus visible du système de santé et de services sociaux. Actuellement, le réseau est composé de quatre types d'établissements: les centres locaux de services communautaires, les centres de services sociaux, les centres d'accueil et les centres hospitaliers.

Certains ajustements sont maintenant nécessaires. Les catégories d'établissements doivent ainsi refléter davantage l'évolution des besoins des clientèles et des services qu'elles requièrent. Elles doivent en outre traduire la volonté de définir davantage les établissements en fonction des clientèles et des populations à desservir.

La mission confiée à chaque catégorie d'établissements doit aussi être redéfinie. Dans le but d'assurer la continuité des services à leurs clientèles, les établissements ont graduellement élargi leur mission. Tous se sont ainsi institués comme porte d'entrée du système et ont augmenté leurs services dans la communauté par le développement de leur propre volet de services à domicile ou de leurs ressources intermédiaires.

Enfin, il est impératif de préciser et de reconnaître les rôles et responsabilités des établissements du réseau en matière d'enseignement et de recherche.

Afin de préciser la mission des établissements, il faut:

- revoir les catégories d'établissements;
- resserrer la mission des établissements;
- distinguer les centres hospitaliers universitaires et les instituts universitaires;
- préciser les fonctions et le rattachement aux établissements des ressources intermédiaires.

Revoir les catégories d'établissements

L'évolution et l'importance des besoins des personnes âgées en perte d'autonomie et des jeunes en difficulté imposent de revoir trois des quatre catégories d'établissements du réseau afin de mieux répondre aux besoins de ces clientèles.

Les centres d'hébergement et les centres hospitaliers de soins de longue durée ont tous deux pour fonction principale d'héberger des personnes en perte d'autonomie. Leurs clientèles se ressemblent de plus en plus et nécessitent le recours à du personnel et à des équipements similaires. Les mécanismes d'admission dans les deux catégories d'établissements sont d'ailleurs unifiés. Dans le but de favoriser la souplesse et la continuité des soins, la création d'une seule catégorie d'établissements s'impose.

Les difficultés auxquelles font face les jeunes prennent de plus en plus d'importance dans la société. Depuis l'adoption de la *Loi sur les jeunes contrevenants* et de la *Loi sur la protection*

de la jeunesse, les centres de services sociaux dirigent d'ailleurs une part de plus en plus grande de leurs ressources vers cette clientèle. Il s'avère maintenant opportun de centrer la mission des centres de services sociaux sur la satisfaction des besoins des jeunes pour lesquels ces deux lois ont été rendues nécessaires.

À cette fin, le Ministre entend:

- **regrouper les centres d'accueil d'hébergement et les centres hospitaliers de soins de longue durée en une seule catégorie d'établissements: les centres d'hébergement et de soins de longue durée;**

- **recentrer la mission des centres de services sociaux sur la protection de l'enfance et de la jeunesse et constituer, à cette fin, un centre de protection de l'enfance et de la jeunesse;**

En conséquence, le Ministre entend reconnaître dans la loi les cinq catégories d'établissements suivantes:

- **LES CENTRES LOCAUX DE SERVICES COMMUNAUTAIRES;**
- **LES CENTRES HOSPITALIERS;**
- **LES CENTRES DE RÉADAPTATION;**
- **LES CENTRES D'HÉBERGEMENT ET DE SOINS DE LONGUE DURÉE;**
- **LES CENTRES DE PROTECTION DE L'ENFANCE ET DE LA JEUNESSE.**

<u>Resserrer la mission des établissements</u>

L'actuelle *Loi sur les services de santé et les services sociaux* définit la mission des établissements par l'ensemble des services, des clientèles et des installations que peut recouvrir chaque catégorie d'établissements. Un établissement possède alors la liberté de cerner sa mission spécifique sans devoir nécessairement remplir tous les aspects de la mission accordée à sa catégorie d'établissements.

Cette définition large de la mission des différentes catégories d'établissements a permis à chacun d'eux d'ajuster sa mission propre pour pallier l'absence de ressources sur son territoire. Des établissements ont ainsi suppléé le manque de centres de réadaptation ou même de cabinets privés de professionnels sur leur territoire. En outre, de tels ajustements pouvaient être d'autant plus nécessaires à un moment où le réseau de CLSC n'était pas complété.

Cette souplesse dans la définition des missions n'a pas que des effets positifs. De fait, des établissements, sans concertation aucune, élargissent leur mission à des points tels que des chevauchements et des duplications de services apparaissent.

Afin de bien resserrer les missions des établissements, le Ministre entend:

- **stipuler dans la loi uniquement les fonctions essentielles et distinctives de chaque catégorie d'établissements;**

- **définir les missions en fonction des clientèles à desservir et des services à offrir.**

- **retenir le CLSC comme l'établissement public de première ligne;**

- **consolider, en conséquence, le rôle des autres catégories d'établissements comme dispensateurs de services spécialisés, recevant leurs clientèles sur référence.**

La vocation du CLSC comme établissement public de première ligne devra tenir compte des services de même nature déjà offerts par d'autres ressources du milieu, telles qu'un cabinet privé ou même un autre établissement public. Ainsi, il ne saurait être question de développer des services d'urgence ouverts 24 heures par jour dans un CLSC alors que le centre hospitalier situé dans son voisinage en offre déjà.

Par ailleurs, un établissement pourra au besoin assumer d'autres mandats que ceux expressément prévus à sa mission. Toutefois, il ne pourra en décider seul. L'octroi de mandats additionnels à un établissement découlera des besoins du milieu et sera convenu en concertation avec les partenaires concernés aux niveaux régional et sous-régional.

En conséquence, le Ministre entend définir de la façon suivante la mission de chaque catégorie d'établissements.

Les centres locaux de services communautaires

Le centre local de services communautaires est un établissement où l'on offre à la population d'un territoire délimité des services de santé et des services sociaux courants de nature préventive ou curative, de réadaptation ou de réinsertion.

À cette fin, le centre s'assure que les personnes qui requièrent de tels services pour elles-mêmes ou pour leur famille soient rejointes, que leurs besoins soient évalués et que les services requis leur soient offerts à l'intérieur de ses installations, à l'école ou à domicile, ou, si nécessaire, s'assure qu'elles soient dirigées vers les centres, les organismes ou les personnes les plus aptes à leur venir en aide.

Les centres hospitaliers

Le centre hospitalier est un établissement où l'on offre des services diagnostiques et des traitements médicaux spécialisés.

À cette fin, le centre reçoit, principalement sur référence, les personnes qui requièrent de tels services, s'assure que leurs besoins soient évalués et que les services requis leur soient offerts à l'intérieur de ses installations, ou, si nécessaire, s'assure qu'elles soient dirigées vers les centres, les organismes ou les personnes les plus aptes à leur venir en aide.

Les centres hospitaliers appartiennent à l'une ou l'autre des classes suivantes:

- centre hospitalier de soins généraux et spécialisés;
- centre hospitalier de soins psychiatriques.

Les centres de réadaptation

Le centre de réadaptation est un établissement où l'on offre des services d'adaptation ou de réadaptation et d'intégration sociale à des personnes qui, en raison de déficiences physiques ou intellectuelles, de leurs difficultés d'ordre caractériel, psychosocial ou familial ou de leur toxicomanie, requièrent de tels services et où l'on offre des services d'accompagnement et de soutien à l'entourage de ces personnes.

À cette fin, le centre reçoit, sur référence, les jeunes en difficulté d'adaptation et les personnes présentant une déficience, et, principalement sur référence, les personnes

toxicomanes et les jeunes mères en difficulté d'adaptation; il s'assure que leurs besoins soient évalués et que les services requis leur soient offerts à l'intérieur de ses installations ou dans leur milieu de vie, que ce soit à l'école, au travail ou à domicile.

Les centres de réadaptation appartiennent à l'une ou l'autre des classes suivantes, selon la clientèle qu'ils desservent:

- centre de réadaptation pour les personnes présentant une déficience intellectuelle;
- centre de réadaptation pour les personnes ayant une déficience physique;
- centre de réadaptation pour les personnes toxicomanes;
- centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation;
- centre de réadaptation pour les jeunes mères en difficulté d'adaptation.

Les centres d'hébergement et de soins de longue durée

Le centre d'hébergement et de soins de longue durée est un établissement où l'on offre de façon temporaire ou permanente un milieu de vie substitut, des services d'hébergement, d'assistance, de soutien et de surveillance ainsi que des services de réadaptation, des services psychosociaux, infirmiers et médicaux aux adultes, majoritairement âgés, qui, en raison de leur perte d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale, ne peuvent plus demeurer dans leur milieu de vie naturel, malgré le soutien de leur entourage.

À cette fin, le centre reçoit ces personnes sur référence, veille à ce que leurs besoins soient évalués périodiquement et que les services requis leur soient offerts à l'intérieur de ses installations ou en centre de jour.

Les centres de protection de l'enfance et de la jeunesse

Le centre de protection de l'enfance et de la jeunesse est un établissement où l'on offre dans la région les services psychosociaux requis par la situation d'un jeune en vertu de la *Loi sur la protection de la jeunesse* et de la *Loi sur les jeunes contrevenants* ainsi que des services en matière de placement d'enfants, de médiation familiale, d'expertise à la cour supérieure sur la garde d'enfants, d'adoption et de recherche des antécédents biologiques.

À cette fin, il assure des services d'accueil après signalement ou référence, d'évaluation de la situation, d'expertise-conseil et d'orientation; il assume la prise en charge de la situation des jeunes soit directement, soit en la confiant aux centres, aux organismes ou aux personnes les plus aptes à venir en aide à ces jeunes ou à leur famille.

Cette réorientation des centres de services sociaux implique nécessairement que des services jusqu'à maintenant dispensés par ces centres seront offerts par d'autres catégories d'établissements. C'est le cas notamment des services sociaux aux familles, aux adultes, aux personnes âgées, aux Amérindiens, aux réfugiés, aux enfants en milieu scolaire, qui seront offerts par les CLSC. C'est aussi le cas des services sociaux en milieu institutionnel, qui seront sous la responsabilité de chacun des établissements concernés.

Distinguer les centres hospitaliers universitaires et les instituts universitaires

Bien que la raison d'être des établissements consiste à fournir des services de santé et des services sociaux à la population, leur rôle en matière d'enseignement et de recherche est indispensable à l'actualisation de cette mission.

Toutefois, les établissements du réseau se retrouvent dans des situations très différentes tant en ce qui a trait à leur degré de participation à l'enseignement et à la recherche qu'au regard du soutien et de la reconnaissance dont ils bénéficient pour cette participation.

Dans le secteur de la santé, il y a un trop grand nombre de centres hospitaliers universitaires, ce qui engendre les conséquences suivantes: une multiplication des lieux où l'on dispense des services ultraspécialisés qui ne permet pas toujours de produire le volume de services requis pour en garantir la qualité; une dispersion des étudiants qui oblige chacun d'eux à supporter un fardeau relativement lourd au chapitre des horaires de garde; l'absence de masses critiques de professeurs capables d'assumer adéquatement l'encadrement des étudiants.

Pour le secteur social, il n'a pas été possible de trouver une formule appropriée malgré la volonté d'y développer la recherche et l'expertise acquise dans certains domaines. Le Québec doit pourtant faire face à des problèmes sociaux importants, tels que la violence familiale, la négligence envers les enfants, les abus exercés à l'endroit des personnes âgées, etc.

Le Ministère est confronté à deux problèmes de nature différente. Il doit à la fois rationaliser le nombre de centres hospitaliers universitaires dans le secteur de la santé et favoriser l'émergence d'institutions universitaires dans le secteur social.

À cette fin, le Ministre entend:

- **réserver la désignation de centre hospitalier universitaire à un nombre limité de centres hospitaliers qui remplissent les fonctions suivantes:**

  . **prestation de services spécialisés et ultraspécialisés dans plusieurs spécialités médicales;**
  . **enseignement médical dans plusieurs spécialités;**
  . **recherche;**
  . **évaluation des technologies médicales;**

- **instaurer le titre d'institut universitaire pour les établissements qui interviennent dans un nombre limité de domaines, mais qui participent aux fonctions suivantes:**

  . **prestation de services spécialisés;**
  . **enseignement;**
  . **recherche;**
  . **évaluation des interventions et des technologies;**

- **favoriser la création d'instituts universitaires dans les domaines reliés aux problèmes sociaux;**

- **permettre à tout établissement d'obtenir une affiliation universitaire à titre de centre affilié.**

Préciser les fonctions et le rattachement aux établissements des ressources intermédiaires

Les établissements ont de plus en plus recours à des ressources de placement à

caractère non institutionnel pour procurer des services de soutien à des enfants, des adultes ou des personnes âgées. Ces ressources se situent à mi-chemin entre le milieu institutionnel et le milieu naturel de la personne, d'où leur nom de ressources intermédiaires.

Le développement de ces ressources s'est fait de manière désordonnée. On a relevé jusqu'à 18 dénominations différentes utilisées pour désigner ce type de ressources dont les plus connues sont les foyers de groupes, les pavillons et les familles d'accueil. Il faut reconnaître que la diversité des ressources intermédiaires traduit des besoins réels. Leur développement s'inscrit dans les orientations du Ministère pour qui, dans l'intérêt même des clientèles, le séjour en institution doit être le plus court possible, retardé ou évité.

Toutefois, plusieurs correctifs s'imposent si l'on désire utiliser pleinement les ressources intermédiaires au service des orientations poursuivies. Les modalités d'accès à ces ressources sont peu précises. Le rôle des établissements est lui aussi ambigu et ne tient pas compte de la mission confiée aux diverses catégories d'établissements. La coordination entre les établissements a jusqu'à ce jour fait défaut. Il en a résulté des tiraillements et, souvent, une mauvaise évaluation de la capacité des différentes communautés d'accueillir les ressources intermédiaires. Enfin, les initiatives isolées dans le développement de ces ressources ont entraîné des disparités de financement et des inéquités dans les taux de rétribution appliqués pour des services analogues.

Afin que les établissements puissent adapter leurs services et moduler leurs interventions en fonction des besoins de l'usager, le Ministre entend:

- **considérer comme ressource intermédiaire toute ressource développée, contrôlée et financée par un établissement public en vue de maintenir et d'intégrer des personnes à la communauté et qui leur dispense des services d'hébergement et des services de soutien ou d'assistance en fonction de leurs besoins;**

- **confier aux établissements la fonction de gérer ces ressources au même titre que les autres services qu'ils fournissent et en fonction des plans régionaux d'organisation de services déterminés par une régie régionale;**

- **s'assurer que le placement d'une personne dans une ressource intermédiaire ne s'effectue que si le soutien offert par sa famille ou par ses proches s'avère insuffisant pour répondre à ses besoins dans son milieu naturel;**

- **réserver aux seuls centres de protection de l'enfance et de la jeunesse le pouvoir de recruter une ressource du type familial aux fins de placement d'enfants;**

- **déterminer une nomenclature des ressources intermédiaires et établir des taux de rétribution gradués en fonction de l'intensité des services offerts.**

En conséquence, le Ministre entend de plus:

- **confier à la régie régionale le mandat suivant:**

- **déterminer les critères d'accréditation des ressources intermédiaires de sa région;**

- **établir, pour sa région, les modalités d'accès aux ressources intermédiaires et instituer à cette fin des comités régionaux de placement par clientèle (enfants, adultes, personnes âgées);**

- **identifier les établissements pouvant utiliser des ressources intermédiaires dans le cadre des plans régionaux de services;**

- **confier à l'établissement le mandat de:**

  - **recruter des ressources intermédiaires;**
  - **assurer le suivi des usagers bénéficiant des services offerts par les ressources intermédiaires;**
  - **subventionner ces ressources en fonction des taux de rétribution établis par le Ministère.**

1.2.2 Revoir l'organisation de la santé publique

Dans la foulée de la réforme des années 1970, la santé publique s'est organisée autour des 32 départements de santé communautaire. Elle connaît alors un développement important. L'expertise québécoise se consolide grâce notamment à la création dans les universités de départements de médecine sociale et préventive qui offrent une formation en vue de l'obtention d'un certificat de spécialiste ou d'une maîtrise en santé communautaire.

Conformément aux attentes, la santé publique s'est rapprochée des milieux cliniques. Sous cet angle, l'intégration des départements de santé communautaire aux centres hospitaliers a atteint ses objectifs. Les activités de santé publique se sont multipliées, stimulées par le dynamisme des départements de santé communautaire. Elles se sont aussi diversifiées pour couvrir les fonctions de surveillance et de connaissance de l'état de santé, de promotion et de protection de la santé des populations ainsi que de prévention des problèmes de santé.

Bien qu'elle ait eu des retombées positives au cours des vingt dernières années, cette organisation de la santé publique se doit aujourd'hui d'être rajustée et ce, pour plusieurs raisons.

Les activités de promotion et de prévention ne peuvent pas être la responsabilité exclusive d'une seule composante du réseau. Les approches sur lesquelles elles s'appuient doivent imprégner l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux. À cet égard, le développement de ces activités et approches risque d'être freiné par leur concentration au sein des seuls départements de santé communautaire. En outre, cette concentration pourrait entraîner une diminution de la responsabilité des autres composantes du réseau à l'égard de la santé et du bien-être des populations qu'elles desservent. Cela dit, il apparaît toutefois fondamental de maintenir et de consolider des noyaux d'expertise pour stimuler et soutenir le développement des approches et des activités de promotion et de prévention dans tout le réseau.

La diversification des activités exercées par les départements de santé communautaire a eu pour conséquence majeure le délaissement graduel des préoccupations plus traditionnelles de santé publique: les maladies infectieuses, la santé environnementale et la santé au travail. Or,

divers problèmes reliés à ces domaines sont en recrudescence. Le Québec doit s'attaquer résolument à ces problèmes spécifiques.

L'organisation de la santé publique en 32 départements, sans liens formels de coordination et d'autorité, mérite certes correction. Elle a engendré une dispersion de l'expertise, un éparpillement des efforts, une absence de priorités claires et communes ainsi que des difficultés de concertation en situation de crise. De plus, le Ministère n'a pas assumé complètement ses responsabilités, laissant les départements de santé communautaire et la santé publique sans direction véritable.

L'éloignement des représentants de santé publique des structures décisionnelles du réseau, tant au niveau régional que central, a fait en sorte que l'approche populationnelle n'a pu influencer à sa juste valeur les décisions, notamment au regard de l'identification des priorités, du choix des moyens d'intervention et de l'allocation des ressources.

Enfin, les montants dévolus à la santé publique ne sont pas équitablement répartis sur l'ensemble du territoire du Québec. Certaines régions possèdent à peine les ressources nécessaires au maintien d'une expertise minimale en santé publique.

Afin de revoir l'organisation de la santé publique, le Ministre entend:

- **élaborer un programme global de santé publique comprenant l'ensemble des activités et des ressources consenties dans les champs des maladies infectieuses, de la santé au travail et de la santé environnementale;**

- **nommer un directeur provincial de la santé publique au Ministère, avec rang de sous-ministre, responsable des cinq fonctions suivantes:**

  . **informer la population sur son état de santé, les problèmes prioritaires, les facteurs de risque, les groupes à risque et les interventions jugées les plus efficaces;**

  . **développer des stratégies propres à assurer la protection de la santé publique;**

  . **développer une expertise en promotion de la santé et en prévention et l'intégrer à l'ensemble des programmes du Ministère;**

  . **gérer le programme de santé publique;**

  . **compiler et maintenir à jour les informations nécessaires à l'exercice de ses fonctions, y compris les résultats d'analyses effectuées en laboratoire public ou privé prescrites par règlement;**

- **implanter et coordonner un réseau provincial de centres d'expertise dans les domaines de santé publique suivants: les maladies infectieuses (dont les MTS et le SIDA), la santé environnementale, la santé au travail, la promotion de la santé et la prévention des accidents;**

- **procéder à une réallocation interrégionale progressive des ressources réservées à la santé publique.**

Afin d'assurer une meilleure coordination au niveau régional, le Ministre entend:

- **confier la gestion du programme de santé publique à la régie régionale et, en conséquence, faire en sorte que la régie assume à cet égard les fonctions relatives à l'ensemble des programmes: élaborer les priorités, décider de l'organisation des services sur le territoire, allouer les ressources et en contrôler l'utilisation efficiente;**

- **demander à la régie régionale de constituer une direction régionale de la santé publique et d'engager un directeur de la santé publique qui assumera personnellement la responsabilité des trois mandats suivants:**

  . **informer la population sur son état de santé, les problèmes prioritaires, les facteurs de risque, les groupes à risque et les interventions jugées les plus efficaces;**

  . **développer des stratégies et prendre des mesures propres à assurer la protection de la santé publique, conformément aux dispositions prévues dans la *Loi sur la protection de la santé publique*;**

  . **assurer le développement d'une expertise en prévention et en promotion de la santé, de façon à intégrer cette perspective à l'ensemble des programmes confiés à la régie régionale;**

- **rendre ce directeur responsable:**

  . **devant le Ministre, pour toute question relative aux interventions en situation d'urgence ou de menace immédiate à la santé publique;**

  . **devant la régie régionale, pour ce qui a trait à la connaissance et à la surveillance de la santé ou pour tout autre mandat qu'elle peut lui confier;**

- **faire en sorte que le personnel actuel des départements de santé communautaire demeure dans les établissements du réseau, soit en étant rattaché administrativement à des services de santé publique qui relèvent de ces établissements, soit en étant rattaché administrativement aux régies régionales;**

- **abolir dans le Règlement en vertu de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* la notion de département de santé communautaire dans les centres hospitaliers.**

1.2.3 Reconnaître l'apport des organismes communautaires

Les organismes communautaires contribuent aujourd'hui à la prestation directe de services et au raffermissement des liens communautaires. Ils renouvellent et diversifient les approches et les moyens d'action. Ce faisant, ils s'avèrent particulièrement aptes à répondre aux nouveaux besoins. L'ampleur, la qualité et l'originalité de leur action sont telles qu'il n'est plus possible d'interpréter la santé et le bien-être à travers le seul prisme des interventions publiques.

D'ailleurs, les services publics ne peuvent pas et ne doivent pas prétendre à satisfaire tous les besoins. Au-delà des services rendus par les établissements du réseau, les communautés et les citoyens qui les composent sont les mieux placés pour identifier les besoins non satisfaits et prendre l'initiative de les combler. À cet égard, le développement et la diversité des organismes communautaires constituent un signe du dynamisme de la société québécoise.

Les orientations du ministère de la Santé et des Services sociaux en matière de réinsertion sociale, de maintien à domicile ou de santé mentale reconnaissent l'importance de la contribution des organismes communautaires et la nécessité de les soutenir. Malgré tout, les organismes communautaires restent en marge du réseau public. Les moyens mis à leur disposition sont perçus comme trop timides. Par ailleurs, le financement public des organismes communautaires pose toujours la question de l'équilibre à établir entre le respect de l'autonomie des organismes subventionnés, d'une part, et l'obligation pour eux de rendre compte de l'utilisation des sommes reçues, d'autre part.

Afin de reconnaître l'apport des organismes communautaires qui oeuvrent dans le secteur de la santé et des services sociaux, il faut:

- préciser leur statut dans la loi;
- favoriser leur participation à la prise de décision et à la concertation;
- assurer un financement adapté;
- évaluer leur activité à la lumière du niveau de financement reçu.

Préciser leur statut dans la loi

La loi doit assurer aux organismes communautaires une reconnaissance de leur contribution et la liberté de définir leur action. À cette fin, le Ministre entend:

- **définir dans la loi les organismes communautaires comme des groupes qui:**

  - **choisissent librement leurs orientations, leurs politiques et leurs approches;**

  - **réalisent soit des activités bénévoles, soit des activités partiellement rémunérées mais sans but lucratif dans le domaine de la santé et des services sociaux;**

  - **ont un conseil d'administration composé majoritairement d'usagers ou de membres de leur communauté.**

Favoriser leur participation à la prise de décision et à la concertation

La reconnaissance légale ne suffit pas à assurer aux organismes communautaires que leurs points de vue soient pris en compte lors de l'élaboration et de la mise en oeuvre des programmes et des services. C'est pourtant là une des conditions essentielles à la complémentarité et à la concertation. En conséquence, le Ministre entend:

- **réserver 20 % des sièges aux représentants des organismes communautaires au conseil d'administration de la régie régionale et à l'assemblée régionale;**

- **exiger que les régies régionales fassent une place aux organismes communautaires au sein des structures consultatives de planification et d'organisation des services sur le territoire;**

- **assurer aux organismes communautaires une participation au sein des comités ministériels et des mécanismes de concertation d'envergure provinciale constitués dans des domaines où la compétence spécifique des organismes doit être mise à contribution;**

- **prévoir un soutien financier à la participation des organismes communautaires à ces instances.**

Assurer un financement adapté

Les modalités de financement des organismes communautaires sont définies en fonction de la complémentarité de leur action et de celle du réseau, d'une allocation budgétaire régionalisée et de la nécessité d'assouplir les règles de financement. À cette fin, le Ministre entend:

- **confier à la régie régionale la responsabilité de financer, dans une perspective de planification triennale, des organismes communautaires dont les activités dans le domaine de la santé et des services sociaux se déroulent dans la région (organismes de services, d'aide ou de soutien, de promotion, de sensibilisation, d'éducation et de défense des droits);**

- **conserver cependant la gestion directe du programme de soutien aux organismes communautaires jusqu'au 1er avril 1992 ou jusqu'au moment déterminé par le Ministre;**

- **assortir l'exercice de cette fonction par la régie régionale d'une clause de protection d'au moins le niveau global actuel de financement accordé aux organismes communautaires de sa région, valable pour cinq ans ou jusqu'à l'approbation par le Ministère d'un plan régional d'organisation de services;**

- **interdire la conclusion d'ententes de services comportant des clauses financières entre les établissements et les organismes communautaires, de façon à préserver la liberté d'action et le caractère communautaire de ces organismes;**

- **conserver au Ministère la responsabilité du financement des regroupements provinciaux et des organismes communautaires dont les activités sont à l'échelle provinciale dans le champ du développement social, de l'amélioration des conditions de vie, de la prévention et de la promotion de la santé, ou dont les activités répondent à des besoins nouveaux, procèdent d'approches nouvelles ou visent des groupes particuliers non prévus à l'intérieur des divers programmes confiés à l'instance régionale.**

Pour favoriser le développement des organismes communautaires qui interviennent dans le domaine de la santé et des services sociaux, le Ministre juge nécessaire:

- **d'accroître de 8 millions de dollars par année pendant cinq ans, soit une progression de 50 à 90 millions de dollars, les sommes totales allouées aux organismes communautaires dans le cadre d'une allocation budgétaire par programme;**

- **de proposer au ministre des Finances d'accorder aux personnes qui apportent une contribution financière à des organismes communautaires une déduction fiscale plus importante que leur contribution afin de faciliter la collecte de fonds par les organismes.**

Évaluer leur activité à la lumière du niveau de financement reçu.

Les organismes communautaires doivent rendre compte de l'utilisation des fonds publics qui leur sont octroyés. L'évaluation de leurs activités doit, par ailleurs, être à la mesure des subventions reçues. On ne peut exiger d'un organisme qui reçoit une subvention de 3 000 $ une panoplie d'informations. Par contre, lorsqu'un organisme reçoit un financement public de l'ordre de 200 000 $, la situation est foncièrement différente. Aussi, le Ministre entend:

- **demander aux organismes communautaires de faire un rapport de leurs activités à leurs membres, lors d'une assemblée annuelle, et à l'instance qui les subventionne;**

- **développer, en concertation avec les regroupements d'organismes communautaires, une grille d'évaluation qui sera basée sur les différents types d'organismes communautaires et le niveau de financement reçu.**

1.3 Accorder une marge de manoeuvre véritable aux établissements

Autant les missions des établissements ont besoin d'être clarifiées, autant il est devenu nécessaire de donner aux décideurs locaux le maximum de latitude dans la gestion des ressources qui leur permettent de réaliser leur mission.

Or, la centralisation du pouvoir à Québec a placé les établissements dans un rôle d'exécutants de règles édictées centralement. Ces règles ont rapidement étouffé leur marge de manoeuvre. Les directives en matière de gestion des ressources humaines, matérielles et financières sont devenues astreignantes pour les établissements. Elles nuisent à leur productivité et conduisent à des activités bureaucratiques dont l'utilité ou l'objectif sont contestables. La qualité de la participation et même l'intérêt des citoyens à participer sont mal servis dans un tel contexte.

Autre phénomène, obligation est faite aux établissements de maintenir des structures dont la composition et le mandat sont définis dans la loi. C'est le cas notamment des structures de nature consultative, telles que les conseils de médecins, dentistes et pharmaciens, les conseils consultatifs du personnel clinique ou les comités consultatifs de la direction générale.

Ces dispositions ne tiennent pas toujours compte de la diversité des établissements, privilégient le modèle médical ou hospitalier et empêchent de toute façon les établissements de se donner des mécanismes et des outils de gestion qui seraient mieux adaptés à leur situation particulière.

Il faut aussi s'interroger sur l'imprécision qui entoure les relations médecins-établissements, notamment parce que les médecins constituent une main-d'oeuvre essentielle à la réalisation de la mission d'un grand nombre d'entre eux. Cette lacune se fait sentir entre autres dans la disponibilité de services médicaux cliniques et dans la difficulté d'associer les médecins à l'accomplissement de tâches plus administratives.

Il apparaît normal et nécessaire que le statut d'entrepreneur libre du médecin, dépourvu d'obligations mais détenteur de privilèges sur le plan individuel, évolue vers des rapports avec son milieu de travail qui garantissent la disponibilité de services cliniques et l'expertise médicale partout où celle-ci est requise. Il faut corriger cette situation en vertu de laquelle le médecin jouit de privilèges individuels sans obligations autres que collectives. On peut citer le cas des centres hospitaliers universitaires où l'obligation collective de tous les médecins de participer à la formation et à la recherche devrait avoir une résonnance concrète dans les activités quotidiennes de chacun d'entre eux.

Afin d'accorder une marge de manoeuvre véritable aux établissements et aux décideurs locaux, il faut:

- alléger la réglementation actuelle;
- permettre l'adoption de structures internes mieux adaptées;
- viser une plus grande intégration des médecins à l'établissement.

1.3.1 Alléger la réglementation actuelle

Afin d'alléger la réglementation actuelle, le Ministre entend:

- **revoir immédiatement l'ensemble de la réglementation actuelle, y compris les normes et pratiques de gestion en matière de ressources humaines, financières et matérielles, en mandatant à cette fin un groupe de travail composé de représentants du Ministère, des instances régionales et des établissements.**

1.3.2 Permettre l'adoption de structures internes mieux adaptées

Afin de permettre l'adoption de structures internes mieux adaptées, le Ministre entend:

- **retirer du cadre légal actuel plusieurs des dispositions relatives à la structure interne des établissements, à leur mandat et à leur composition, notamment celles relatives au Conseil consultatif du personnel clinique, au Comité consultatif de la direction générale, au directeur des services professionnels, au directeur des soins infirmiers;**

- **permettre aux établissements de maintenir ou de remplacer ces structures par des instances dont le mandat et la composition reflètent mieux les particularités qui leur sont propres;**

- **maintenir les structures existantes des établissements pour une période maximale de trois ans après l'adoption de la loi pour leur permettre de revoir les structures existantes et de déposer leur plan d'organisation à la régie régionale.**

1.3.3 Viser une plus grande intégration des médecins à l'établissement

Afin de permettre une plus grande intégration des médecins à l'établissement, le Ministre entend:

- **demander au conseil d'administration des établissements concernés:**
  - **d'inclure dans la résolution attribuant ou renouvelant des statuts et privilèges à un médecin des obligations relatives à sa participation:**
    - **aux activités cliniques de l'établissement incluant la garde;**
    - **aux comités professionnels, scientifiques et médico-administratifs;**
    - **aux activités d'enseignement et de recherche s'il y a lieu;**
  - **de fixer ces obligations en conformité avec la mission de l'établissement et le plan régional d'organisation des services;**
  - **d'obtenir du médecin son engagement écrit à respecter ces obligations;**
  - **d'assujettir le maintien des statuts et privilèges du médecin au respect des obligations qu'il a prises;**
- **retenir le principe d'une rémunération des médecins pour leur participation à des activités médico-administratives et en évaluer les modalités d'application.**

2. DES CITOYENS AU COEUR DE LA PRISE DE DÉCISION

La participation active des citoyens est jugée essentielle au bon fonctionnement du réseau. Elle suppose que les citoyens soient en mesure de faire les débats sur les orientations, les priorités, les besoins des usagers et la façon d'y répondre. Mais pour y arriver, trois conditions doivent être respectées: les citoyens décideurs doivent connaître leurs responsabilités, disposer d'un éventail de ressources pour répondre aux besoins de la clientèle et occuper la place qui leur revient au sein des structures décisionnelles.

Pour replacer les citoyens au coeur de la prise de décision, il faut:

- confier des responsabilités, devoirs et pouvoirs aux conseils d'administration;
- accroître la complémentarité et la concertation entre les établissements;
- s'assurer que les conseils d'administration soient composés majoritairement de citoyens.

2.1 Confier des responsabilités, devoirs et pouvoirs aux conseils d'administration

Plusieurs membres de conseils d'administration s'interrogent sur leur mandat véritable car les responsabilités actuelles sont davantage confiées aux structures internes des établissements qu'aux conseils d'administration. La loi définit les catégories d'établissements, la composition des conseils d'administration, les structures internes et leur mandat, les fonctions du directeur général, du directeur des services professionnels, du directeur

des soins infirmiers, des chefs de département clinique, mais elle ne précise pas les attentes du législateur à l'égard des conseils d'administration.

Si elle les évoque, c'est d'une manière tellement diffuse qu'il est difficile de bien percevoir l'équilibre entre leurs responsabilités, leurs devoirs et leurs pouvoirs.

À cette fin, le Ministre entend:

- **inscrire dans la loi les responsabilités, devoirs et pouvoirs des conseils d'administration des établissements et des régies régionales.**

2.1.1 Les établissements

Le Ministre entend confier aux conseils d'administration des établissements les *responsabilités* suivantes:

- **veiller à ce que soient dispensés des services accessibles, personnalisés et continus, à ce que ces services soient de qualité sur les plans à la fois scientifique, humain, social et à ce qu'ils soient offerts dans le respect des droits fondamentaux des personnes en vue de répondre aux besoins des usagers en matière de santé et de bien-être;**

- **veiller à la coordination de l'ensemble des services internes ou externes, y compris ceux des ressources intermédiaires, offerts par les établissements qu'ils administrent et ce, en tenant compte:**

  - **des particularités géographiques, linguistiques, socioculturelles et socio-économiques des usagers;**

  - **de la mission des établissements;**

  - **des ressources humaines, matérielles et financières mises à leur disposition;**

  - **des plans régionaux d'organisation de services et des plans d'effectifs médicaux.**

Le Ministre entend assigner aux conseils d'administration des établissements les *devoirs* suivants:

- **établir, effectuer la mise à jour et voir au respect des priorités et des orientations des établissements qui leur sont confiés quant:**

  - **aux besoins de santé et aux besoins sociaux à satisfaire;**

  - **aux clientèles à desservir;**

  - **aux services à offrir;**

- **établir, s'assurer que soit mis en application et mettre à jour un plan d'organisation administrative, professionnelle et scientifique qui doit prévoir, entre autres, des mécanismes formels d'appréciation et d'amélioration en ce qui a trait à:**

  - **la pertinence, la qualité et l'efficacité des services dispensés;**

  - **la satisfaction des usagers, le respect de leurs droits et les mécanismes de traitement des plaintes;**

- **l'utilisation efficiente des ressources financières;**

- **la participation, la motivation, la valorisation, le maintien des compétences et le développement des ressources humaines;**

- **informer et être imputables de leur administration devant la population et la régie régionale.**

Toutefois, dans les centres hospitaliers, le Ministre entend:

- **maintenir la présence d'un Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens qui, sous l'autorité du directeur général ou de son représentant, sera responsable:**

  - **d'apprécier la pertinence, la qualité et l'efficacité des actes médicaux, dentaires et pharmaceutiques posés dans le centre;**

  - **d'évaluer et de maintenir la compétence des médecins, dentistes et pharmaciens qui exercent dans le centre;**

  - **de donner son avis sur les règles de soins médicaux et dentaires et les services pharmaceutiques applicables dans le centre;**

  - **de formuler un avis au directeur général ou à son représentant sur toute autre question qu'il porte à son attention;**

- **instituer un Conseil des infirmières et infirmiers qui, sous l'autorité du directeur général ou de son représentant, sera responsable:**

  - **d'apprécier la pertinence, la qualité et l'efficacité des soins infirmiers posés dans le centre;**

  - **d'évaluer et de maintenir la compétence des infirmières et infirmiers qui exercent dans le centre;**

  - **de donner son avis sur les règles de soins infirmiers applicables dans le centre;**

  - **de formuler un avis au directeur général ou à son représentant sur toute autre question qu'il porte à son attention.**

Afin d'assurer une concertation entre ces deux conseils, le Ministre entend:

- **inclure le titulaire de la présidence du Conseil des infirmières et infirmiers ou son représentant au sein du comité exécutif du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens;**

- **inclure le titulaire de la présidence du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens ou son représentant au sein du comité exécutif du Conseil des infirmières et infirmiers.**

Le Ministre entend confier aux conseils d'administration des établissements les *pouvoirs* suivants:

- **créer tout mécanisme nécessaire à la poursuite de leurs fins et, en conséquence, adopter les règlements et résolutions qu'ils jugent nécessaires;**

- **engager le directeur général, entériner la nomination des cadres supérieurs et nommer les médecins**

sur recommandation du directeur général;

- **allouer les ressources financières aux établissements et aux ressources intermédiaires qui leur sont rattachées.**

2.1.2 Les régies régionales

Le Ministre entend confier aux conseils d'administration des régies régionales les responsabilités suivantes:

- **définir et orienter l'ensemble des interventions de leur région vers l'amélioration de la santé et du bien-être de la population et pour ce faire:**

  . **susciter la participation la plus intense possible de la population aux assemblées publiques tenues à son intention et aux élections des membres des conseils d'administration des établissements du réseau;**

  . **agir comme maîtres d'oeuvre de la planification et de l'organisation régionale du réseau de la santé et des services sociaux;**

  . **assurer la collaboration et la coordination avec les autres secteurs de la vie collective qui peuvent avoir un impact sur la santé et le bien-être;**

  . **susciter au besoin une collaboration interrégionale;**

  . **coordonner et canaliser la contribution des différents intervenants, qu'ils soient publics, privés ou communautaires;**

  et ce, en tenant compte:

  . **des particularités linguistiques et culturelles de la population et des particularités sous-régionales et socio-économiques de leur région;**

  . **des ressources humaines, matérielles et financières qui leur sont confiées.**

Le Ministre entend assigner aux conseils d'administration des régies régionales les *devoirs* suivants:

- **établir, effectuer la mise à jour et voir au respect des priorités et des orientations de la régie régionale quant:**

  . **aux besoins de santé et de bien-être à satisfaire;**
  . **aux clientèles à desservir;**
  . **aux services à offrir;**

- **préparer les plans régionaux d'organisation de services visant à préciser la contribution des cabinets privés, des établissements et des organismes d'un territoire donné à l'atteinte d'objectifs de santé et de bien-être, et les soumettre au Ministre pour approbation;**

- **établir, s'assurer que soit mis en application et remettre à jour un plan d'organisation administrative qui doit prévoir, entre autres, les différentes unités administratives de la régie et leurs fonctions;**

- **rendre compte de leur administration à l'assemblée régionale et au ministre de la Santé et des Services**

sociaux et, à cette fin, leur soumettre un rapport annuel dressant un bilan de leurs activités.

Le Ministre entend confier aux conseils d'administration des régies régionales les *pouvoirs* suivants:

- **créer tout mécanisme nécessaire à la poursuite de leurs fins et, à cet effet, adopter les règlements et résolutions qu'ils jugent nécessaires;**

- **répartir équitablement les ressources humaines, matérielles et financières aux établissements et aux organismes communautaires;**

- **engager le directeur général et entériner les nominations des cadres supérieurs;**

- **déléguer une partie de leurs responsabilités à un comité exécutif ou au directeur général.**

2.1.3 Le poste de directeur général

La redéfinition du rôle et des fonctions des conseils d'administration vise à augmenter la marge de manoeuvre des membres de conseils d'administration des paliers régional et local. Pour confirmer leurs nouvelles responsabilités, leur permettre de rendre exécutoires leurs décisions et de s'appuyer sur une personne chargée d'exécuter celles-ci, le Ministre entend:

- **confier au directeur général les fonctions suivantes:**

  . **l'exécution des décisions du conseil d'administration;**

  . **l'autorité sur toutes les structures internes et, dans le cas des établissements, sur celles prévues aux plans d'organisation administrative, professionnelle et scientifique;**

  . **l'imputabilité devant le conseil d'administration pour toute question relative au fonctionnement et à la gestion administrative, professionnelle et scientifique des établissements;**

  . **la transmission au conseil d'administration de toute information demandée par celui-ci;**

- **créer, en collaboration avec l'École nationale d'administration publique et les associations d'établissements, un mécanisme de certification de compétence des personnes désireuses de poser leur candidature à un poste de directeur général d'un établissement ou d'une régie régionale;**

- **exiger que les conseils d'administration fassent de cette certification de compétence une condition essentielle à l'engagement d'une personne à titre de directeur général;**

- **accorder aux directeurs généraux actuellement en fonction la possibilité de se qualifier en priorité.**

2.2 Accroître la complémentarité et la concertation entre les établissements

Le manque de complémentarité et de concertation entre les établissements est très visible au sein du réseau. Pensons au développement parallèle des hôpitaux de

jour et des centres de jour rattachés respectivement aux centres hospitaliers de soins de longue durée et aux centres d'accueil; à celui de l'hôpital à domicile et des services intensifs de maintien à domicile dispensés respectivement par les centres hospitaliers de soins de courte durée et les CLSC; à celui des familles d'accueil pour adultes souffrant de problèmes d'ordre psychologique relevant des centres de services sociaux et celui des foyers d'accueil relevant des centres hospitaliers psychiatriques. Bref, chacun veut organiser tous les services pour répondre à l'ensemble des besoins de sa clientèle. Il faut s'assurer d'une approche concertée, notamment en fonction de clientèles spécifiques telles que les personnes âgées, les jeunes ou les personnes handicapées.

Il faut également s'interroger sur les taux élevés d'encadrement dans les établissements du réseau et sur la faiblesse de la concertation.

Pour favoriser la complémentarité et la concertation entre les établissements publics et une plus grande efficience dans l'utilisation des ressources d'encadrement, le Ministre entend:

- **constituer des conseils d'administration unifiés regroupant plus d'un établissement selon les modalités suivantes:**

  . **un conseil d'administration par territoire de municipalité régionale de comté (MRC) pour l'ensemble des centres d'hébergement et de soins de longue durée qui ont moins de 50 lits de soins généraux et spécialisés;**

  . **un conseil d'administration par région pour les centres de protection de l'enfance et de la jeunesse, les centres de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation et pour les jeunes mères en difficulté d'adaptation;**

  . **un conseil d'administration par région pour chacune des catégories suivantes: centres de réadaptation pour les personnes présentant une déficience intellectuelle, centres de réadaptation pour les personnes toxicomanes et centres de réadaptation pour les personnes ayant une déficience physique;**

- **accorder aux instances régionales un délai d'un an pour proposer des aménagements particuliers relatifs à ces types de conseils, qui tiennent compte des caractéristiques géographiques, culturelles et linguistiques de leur région;**

- **maintenir des conseils d'administration spécifiques pour:**

  . **le CLSC;**
  . **le centre hospitalier;**
  . **le centre d'hébergement et de soins de longue durée ayant plus de 50 lits de soins généraux et spécialisés;**
  . **le centre hospitalier universitaire;**
  . **l'institut universitaire.**

2.3 Des conseils d'administration composés majoritairement de citoyens

Les citoyens sont largement minoritaires au sein des conseils d'administration des établissements. Les débats portent trop

souvent sur les préoccupations des producteurs de services, qui considèrent les conseils d'administration comme une tribune privilégiée d'expression de leurs intérêts.

On se retrouve devant un système fermé sur lui-même, qui incite peu à l'engagement des citoyens. Le système de santé et de services sociaux demeure plus ou moins perméable aux efforts déployés par les citoyens pour trouver des réponses à leurs besoins et pour participer à la prise de décision. Le système ne peut continuer à évoluer en marge de la connaissance que la population a de ses besoins.

Il faut donc donner la majorité des sièges aux conseils d'administration des établissements aux citoyens qui ne travaillent pas au sein du réseau de la santé et des services sociaux. Ce principe ne nie pas la nécessité d'accorder une place au personnel, dont l'expertise est essentielle à l'organisation et au fonctionnement du réseau de services. Il faut également faire place aux représentants d'autres secteurs d'activité, de façon à développer l'action multisectorielle essentielle pour l'amélioration de la santé et du bien-être de la population. Enfin, les conseils d'administration d'établissements doivent respecter les droits et prérogatives des corporations propriétaires d'actifs immobiliers.

Afin de s'assurer que les conseils d'administration soient composés majoritairement de citoyens, le Ministre entend:

- **répartir les sièges disponibles aux conseils d'administration des établissements de la manière suivante (1):**

. **quatre représentants de la population élus lors de l'assemblée annuelle de l'établissement ou des établissements visés à l'exception des CLSC, qui en compteront cinq;**

. **trois représentants du personnel dont, dans le cas d'un centre hospitalier, un médecin et une infirmière;**

. **deux représentants désignés par le ou les comités d'usagers prévus dans certaines catégories d'établissements;**

. **trois représentants désignés par la ou les corporations réellement propriétaires des actifs immobiliers, le cas échéant;**

. **un représentant désigné par les fondations rattachées à un ou plusieurs établissements, le cas échéant;**

. **deux représentants nommés par l'université pour les centres hospitaliers universitaires et les instituts universitaires, dont l'un sera associé au secteur de l'enseignement et l'autre, au secteur de la recherche;**

. **deux représentants nommés respectivement par le milieu scolaire et le milieu de la justice pour les conseils d'administration auxquels se rattacheront notamment les centres de protection de l'enfance et de la jeunesse;**

. **un représentant nommé par le milieu scolaire pour les centres de**

(1) La composition des conseils d'administration est illustrée dans un tableau figurant à l'annexe 1

réadaptation qui dispensent des services aux jeunes;

. **deux membres cooptés par les représentants élus ou nommés déjà membres du conseil;**

. **le directeur général de l'établissement ou des établissements, selon le cas, avec droit de vote.**

Les représentants du personnel ne pourront ni assumer la présidence du conseil, ni occuper des fonctions d'officier. En outre, le personnel ne pourra voter lors de l'assemblée annuelle chargée d'élire les représentants de la population. Il ne pourra enfin occuper au conseil d'administration de son établissement d'autres sièges que ceux spécifiquement réservés à ses représentants.

Quant à l'échelon régional, le Ministre entend:

- **créer dans chacune des régions une assemblée régionale composée de citoyens;**

- **confier à l'assemblée régionale les responsabilités suivantes:**

  . **élire parmi ses membres les personnes qui constitueront le conseil d'administration de la régie régionale;**
  . **approuver les priorités régionales;**
  . **approuver le rapport annuel d'activités;**

- **faire en sorte qu'elle soit composée uniquement de personnes qui ne reçoivent pas une rémunération du réseau de la santé et des services sociaux, sauf s'il s'agit d'un élu au suffrage universel, et qui soient représentatives à la fois de toutes les parties du territoire et des divers secteurs intéressés au domaine de la santé et du bien-être;**

- **fixer à 150 le nombre maximum de membres de cette assemblée et en répartir les sièges de la manière suivante (1):**

  . **20 % des sièges seront réservés aux élus municipaux représentatifs de chaque MRC de la région;**

  . **20 % des sièges seront attribués à des personnes représentatives des groupes socio-économiques et des autres secteurs d'activité (ex.: justice, environnement, loisir, éducation, habitation) en provenance de chaque MRC;**

  . **40 % des sièges seront occupés par des représentants de la population et des usagers membres des conseils d'administration de chaque catégorie d'établissements ainsi que par des représentants des établissements privés;**

  . **20 % des sièges seront enfin dévolus aux représentants de la population et des usagers membres des conseils d'administration en provenance des divers types d'organismes communautaires;**

- **fixer la composition du conseil d'administration de la régie régionale de la manière suivante:**

(1) La taille de l'assemblée régionale prévue pour chaque région est illustrée à titre indicatif dans un tableau figurant à l'annexe 2.

- **vingt membres élus par l'assemblée régionale selon la même proportion des groupes représentés à l'assemblée régionale;**

- **un directeur général nommé par le conseil d'administration de la régie, ayant droit de vote.**

3. DES CITOYENS IMPUTABLES DE LEURS DÉCISIONS

Parce que les établissements tirent leur financement des fonds publics et parce que les services offerts sont destinés à la communauté, les citoyens qui deviennent membres des conseils d'administration comprendront facilement qu'ils aient des comptes à rendre.

Leur imputabilité et surtout les formes de cette imputabilité ont été peu développées jusqu'à ce jour, malgré l'importance de leurs fonctions et des sommes d'argent en cause. Les changements apportés par la réforme commandent le renforcement de cette imputabilité pour plusieurs raisons.

D'abord, les nouveaux impératifs d'efficience dans la gestion des ressources sont en soi une première raison de renforcer l'imputabilité. Ensuite, les décideurs locaux jouiront d'une marge de manoeuvre accrue résultant de l'allégement de la réglementation et du cadre de gestion.

Mais il y a plus: si le système québécois s'engage dans la voie de la décentralisation, celle-ci ne sera pas accompagnée de la mise en place d'un pouvoir régional élu au suffrage universel et doté d'un pouvoir de taxation. Ce choix délibéré en entraîne un autre en contrepartie: au niveau tant local que régional, les membres siègeant aux instances de décision devront être assujettis à des mécanismes d'imputabilité précis et contraignants. Ils devront ainsi formellement rendre des comptes sur les sommes utilisées et les actions entreprises, d'une part, à la population qu'ils desservent et, d'autre part, à l'instance supérieure dont ils tirent leur financement.

3.1 Les conseils d'administration des établissements

Afin de traduire dans les faits cette double imputabilité des conseils d'administration, le Ministre entend:

- **à l'égard de la population,**

  - **rendre publiques les séances de l'ensemble des conseils d'administration du réseau, sous réserve du huis clos requis dans certaines circonstances;**

  - **obliger les conseils d'administration des établissements à instituer une période de questions lors de leurs séances;**

  - **maintenir l'obligation, pour les conseils d'administration des établissements, de faire rapport de leurs activités lors de l'assemblée annuelle de la population de leur territoire;**

- **à l'égard de la régie régionale,**

  - **exiger que tout établissement dépose à la régie régionale son rapport annuel d'activités;**

  - **exiger que les établissements répondent de toutes les questions relatives à leur gestion lors d'une**

assemblée publique annuelle tenue par la régie régionale.

3.2 Les conseils d'administration des régies régionales

Afin de traduire dans les faits la double imputabilité des conseils d'administration des régies régionales, le Ministre entend:

- **à l'égard de la population,**
  - **rendre publiques les séances des conseils d'administration des régies et les débats des assemblées régionales, sous réserve du huis clos requis dans certaines circonstances;**
  - **obliger les conseils d'administration à instituer une période de questions lors de leurs séances;**
  - **obliger les conseils d'administration à faire approuver leurs priorités d'action et leur rapport annuel par l'assemblée régionale;**
- **à l'égard du Ministère,**
  - **faire approuver par le Ministre:**
    - **leurs plans d'organisation de services;**
    - **leur allocation de ressources;**
  - **soumettre au Ministre leur rapport annuel d'activités;**
  - **demander à l'Assemblée nationale d'octroyer à la Commission parlementaire des Affaires sociales le pouvoir d'entendre et de questionner le conseil d'administration d'une régie régionale et d'y inviter à cette fin le ministre de la Santé et des Services sociaux.**

III. POUR LE CITOYEN PAYEUR

Il est faux de prétendre que les services de santé et les services sociaux sont gratuits. D'une manière ou d'une autre, ce sont les citoyens qui paient toujours pour les services reçus, que ce soit par leurs impôts, par les primes versées pour des assurances privées ou par une quelconque contribution directe. L'évolution des dépenses de santé et de services sociaux intéresse donc, au premier chef, le citoyen en tant que payeur.

Avant de présenter les orientations définies dans la perspective du citoyen payeur, il est primordial, compte tenu des enjeux en cause, de bien présenter les faits et les options possibles mais aussi les critères qui ont prévalu dans le choix de ces orientations.

1. LES FAITS

Pour le citoyen payeur, les faits relatifs aux dépenses de santé et de services sociaux présentent des aspects positifs et négatifs.

1.1 Les dépenses per capita

Le premier aspect positif est que chaque citoyen québécois consacre en moyenne moins d'argent aux dépenses de santé et d'adaptation sociale que les citoyens du reste du Canada. Le niveau de dépenses per capita est en effet moins élevé au Québec et ce, tant pour les dépenses payées par les impôts (dépenses publiques) que pour les dépenses payées par l'ensemble des sources de financement (dépenses totales).

À titre d'exemple, les dépenses totales de santé per capita étaient, en 1987, de 1 771 $ au Québec, 1 871 $ pour l'ensemble du Canada et 1 987$ en Ontario. Les dépenses publiques per capita atteignaient pour leur part 1 369 $ au Québec, 1 388 $ pour l'ensemble du Canada et 1 400 $ en Ontario.

1.2 Le rythme d'augmentation des dépenses

Le deuxième aspect positif concerne le rythme d'augmentation des dépenses, totales comme publiques, qui est moins élevé au Québec qu'au Canada. Entre 1984 et 1987, l'augmentation annuelle moyenne des dépenses totales de santé a été de 7,7 % au Québec, 8,7 % pour l'ensemble du Canada et 10,9 % en Ontario. De son côté, le rythme d'augmentation des dépenses publiques a été de 6,3 % au Québec, comparativement à 8,3 % pour l'ensemble du Canada et à 10,7 % pour l'Ontario.

Pour le citoyen payeur, toutefois, les faits comportent aussi des éléments négatifs.

1.3 Les dépenses en fonction du PIB

Le premier aspect négatif est que la part de la richesse collective consacrée aux services de santé et aux services sociaux est plus élevée au Québec. En 1987, la part du produit intérieur brut dévolue aux dépenses de santé était de 8,3 % en Ontario et 8,6 % pour l'ensemble du Canada, alors qu'elle se situait à 8,8 % au Québec.

1.4 Les dépenses en fonction des autres dépenses gouvernementales

Le deuxième élément négatif est que les dépenses rattachées au secteur de la santé et des services sociaux s'accroissent plus rapidement que l'ensemble des dépenses gouvernementales. Entre 1985 et 1990, le taux d'accroissement annuel moyen des dépenses de santé et de services sociaux a

été de 6,7 % pour le réseau d'établissements et de 8,9 % pour les programmes administrés par la Régie de l'assurance-maladie du Québec. Les dépenses gouvernementales, elles, s'élevaient alors au rythme de 5,9 % par année. Cette tendance est d'autant plus significative que la part des dépenses financées par les deniers publics est plus élevée au Québec. En 1987, le pourcentage des dépenses totales de santé prélevées sur les fonds publics était de 77,5 % au Québec, 74,2 % pour l'ensemble du Canada et 70,5 % en Ontario. Cette proportion a toutefois diminué au Québec ces dernières années, tandis qu'elle augmentait au Canada.

Il n'en demeure pas moins que le Gouvernement consacre une part croissante de son budget à la santé et aux services sociaux. En 1985-1986, cette part se situait à 28,6 % du budget. Elle en accapare 30,3 % en 1989-1990.

1.5 Les dépenses en fonction des revenus

Le troisième élément négatif est que le rythme prévisible d'accroissement des dépenses de santé et de services sociaux pour les prochaines années, soit 3,8 % au-dessus de l'inflation (IPC + 3,8 %), est plus élevé que l'augmentation projetée des revenus de l'État, qui devrait se situer autour de 1,5 % au-dessus de l'inflation (IPC + 1,5 %).

De 1985 à 1989, le financement des dépenses était soutenu par une performance économique vigoureuse qui se traduisait par une croissance annuelle moyenne de 4,1 %. Or, on n'anticipe actuellement qu'une croissance de l'ordre de 2,5 % à 3,0 % pour les prochaines années, ce qui se traduira par une réduction du rythme d'augmentation des revenus autonomes du Gouvernement. Par ailleurs, la réduction des transferts financiers du gouvernement fédéral, en particulier pour la santé et l'enseignement postsecondaire, prive le gouvernement du Québec de centaines de millions de dollars annuellement. En 1991-1992, le Québec aura ainsi perdu au total plus de 1,1 milliard de dollars depuis 1982 pour le seul secteur de la santé.

En définitive, du point de vue du citoyen payeur, ce n'est pas le niveau de dépenses ni leur rythme de croissance qui, en soi, soulèvent des inquiétudes. Le problème tient davantage au fait que le niveau de dépenses est élevé au Québec compte tenu de la richesse collective et qu'il accapare une part de plus en plus grande du budget de l'État. Le rythme de croissance des dépenses reliées au secteur de la santé et des services sociaux est en outre incompatible avec les objectifs budgétaires du Gouvernement.

2. LES OPTIONS

Le citoyen se retrouve ici devant un dilemme qui le renvoie à sa double réalité de consommateur et de payeur. Comme payeur, le citoyen demande au secteur de la santé et des services sociaux de respecter sa capacité de payer et celle de l'État. Comme consommateur, toutefois, il réclame que des ressources additionnelles soient consacrées au secteur de la santé et des services sociaux qui doit être en mesure de répondre à l'ensemble de ses besoins.

Pour réconcilier ces points de vue légitimes mais contradictoires du citoyen selon qu'il réagit comme consommateur ou payeur, deux moyens sont possibles: réduire les dépenses de santé et de services sociaux ou augmenter les revenus. Pour réduire les

dépenses, il faut accroître l'efficience du système ou désassurer certains services. Pour augmenter les revenus, il faut recourir à de nouvelles mesures fiscales ou encore imposer des tarifs sur les services. Ces options ne sont évidemment pas mutuellement exclusives.

3. LES CRITÈRES DE DÉCISION

Quels que soient les choix retenus, ils doivent correspondre aux objectifs et aux valeurs de la société québécoise. Plus précisément, ils doivent répondre aux quatre critères suivants:

- maintenir l'équité actuelle, c'est-à-dire la redistribution juste des risques et du fardeau financier entre les citoyens;
- maintenir la capacité concurrentielle du Québec;
- améliorer l'efficacité du réseau de services;
- contribuer à l'atteinte des objectifs budgétaires du Gouvernement.

3.1 Le maintien de l'équité actuelle

Tous les citoyens du Québec ont accès aux services de santé et aux services sociaux sans distinction fondée sur le revenu ou la situation sociale. Le financement du système à même les revenus généraux du Gouvernement a permis de répartir équitablement le fardeau financier entre les membres de la collectivité, des riches vers les pauvres, des bien portants vers les gens aux prises avec des problèmes de santé ou avec des problèmes sociaux. Nos choix actuels doivent permettre de préserver cet acquis fondamental.

3.2 Le maintien de la capacité concurrentielle du Québec

Le développement économique doit aujourd'hui obéir aux nouvelles règles imposées par l'ouverture des marchés et la mondialisation de l'économie. Dans beaucoup de secteurs d'activité, le Québec entre en compétition avec ses voisins. Il doit donc, et c'est une première règle, maintenir une fiscalité concurrentielle. Cet objectif est prioritaire pour le Gouvernement.

Le Québec doit également soutenir la concurrence au regard des dépenses totales de santé, dont l'augmentation nuirait à son tour à la capacité concurrentielle du Québec sur le plan économique. Puisque l'ensemble des dépenses est assumé de toute façon par les citoyens, une telle augmentation viendrait alourdir le fardeau financier de l'État et de la collectivité. Or, des expériences menées dans d'autres pays ont largement démontré qu'un désengagement de l'État dans le financement du système de santé se traduit par une augmentation des dépenses totales. Le transfert des dépenses du Gouvernement vers les individus ne constitue donc pas en soi une solution.

3.3 L'amélioration de l'efficacité du réseau de services

Les mesures choisies ne doivent pas entraîner la consommation de services plus coûteux. Il faut éviter en effet que des personnes soient incitées à renoncer aux services préventifs ou ambulatoires au profit d'une consommation accrue de services curatifs en milieu institutionnel. Il faut aussi

empêcher que des personnes reportent une consultation nécessaire, au risque d'une aggravation de leurs problèmes et, en conséquence, d'un recours éventuel à des services encore plus coûteux.

3.4 L'atteinte des objectifs budgétaires du Gouvernement

La croissance des dépenses du secteur doit être contenue, non seulement en raison de l'importance du budget de la santé et des services sociaux dans l'ensemble des dépenses gouvernementales, mais aussi pour s'harmoniser avec la croissance des revenus du Gouvernement.

4. LES ORIENTATIONS

D'abord, seules les mesures destinées à améliorer l'efficacité du système permettent à la fois de maintenir la capacité concurrentielle du Québec, d'accroître l'efficacité du réseau de services et de préserver l'équité. Toutefois, elles ne s'inscrivent pas à court terme dans les objectifs budgétaires du Gouvernement.

Par contre, les mesures qui pourraient concourir à cet objectif, soit la désassurance et la tarification de services, s'éloignent des trois autres critères. Elles risquent de réduire l'efficacité du réseau de services et d'être socialement inéquitables, c'est-à-dire préjudiciables aux groupes défavorisés et aux gens qui ont le plus besoin des services.

Quant aux mesures fiscales, elles affectent directement la compétitivité fiscale du Québec. Elles sont par ailleurs équitables et permettent au Gouvernement d'atteindre ses objectifs budgétaires.

En définitive, aucune option ne satisfait parfaitement et simultanément aux quatre critères, et des choix doivent donc être faits.

Afin de resituer le citoyen payeur au centre du réseau de la santé et des services sociaux, le Ministre retient les orientations suivantes:

- des citoyens qui en ont pour leur argent;
- des citoyens qui doivent assumer le coût des services.

4.1. Des citoyens qui en ont pour leur argent

On ne dispose actuellement d'aucune certitude à l'effet que les ressources financières investies dans les services de santé et les services sociaux sont utilisées de la façon la plus rationnelle ou judicieuse possible. On peut aussi facilement se convaincre que des améliorations sont possibles et que des économies sont réalisables, mais plus à moyen qu'à court terme.

Divers facteurs exerceront, pour leur part, une forte pression à la hausse sur les coûts, que l'on songe seulement au vieillissement de la population, au rattrapage à effectuer en matière de développement technologique et de maintien des actifs ou encore à certains besoins en émergence (SIDA, violence, itinérance). Compte tenu de cette pression, le Ministère juge impossible de ramener le rythme de croissance des dépenses du secteur à celui des autres dépenses gouvernementales. Le Gouvernement reconnaît ce fait et souscrit au caractère toujours prioritaire du secteur de la santé et des services sociaux. En cela, il rejoint la perception et le souhait des citoyens eux-mêmes.

Plus spécifiquement, le Gouvernement entend:

- **accorder en principe au Ministère une croissance annuelle moyenne réelle de son budget équivalent à 3 % au cours des 5 prochaines années;**

- **autoriser les mesures à incidence financière avant leur implantation;**

- **tenir compte de la conjoncture économique, de la politique budgétaire et de la capacité de payer de l'État.**

Le Ministère reconnaît par ailleurs qu'il doit concourir à l'atteinte des objectifs d'équilibre budgétaire du Gouvernement et qu'il peut, par des gains d'efficience, faciliter l'atteinte de cet objectif auquel il souscrit. En conséquence, le Ministre entend:

- **maximiser les gains d'efficience associés à l'implantation de mesures particulières découlant de la réforme.**

L'un des buts poursuivis par la réforme est précisément de rendre le réseau de la santé et des services sociaux plus efficient dans l'utilisation des ressources et plus efficace dans la solution des problèmes de santé et de bien-être.

Même si les mesures retenues n'auront d'effets tangibles qu'après quelques années, leur potentiel apparaît, d'ores et déjà, considérable et susceptible de rapporter des dividendes significatifs aux citoyens désireux d'en avoir pour leur argent.

Dans cette perspective, le Ministre est profondément convaincu qu'il faut:

. recentrer le réseau sur des objectifs de résultats;

. allouer les ressources en fonction des populations à desservir et de la performance des établissements;

. revoir périodiquement la gamme et l'étendue des services assurés;

. ramener l'accroissement du nombre de médecins à un rythme compatible avec l'évolution sociodémographique de la population;

. rendre la rémunération des médecins plus compatible avec la pratique en établissement.

En outre, le Ministre entend prendre action en vue de:

. rationaliser l'implantation des technologies de la santé;

. obliger le développement des achats en commun;

. freiner la multiplication des services;

. proscrire les pratiques de double rémunération de la main-d'oeuvre médicale;

. rationaliser l'activité des laboratoires publics et privés.

4.1.1 Recentrer le réseau sur des objectifs de résultats

La notion de services est au coeur du développement du réseau de la santé et des services sociaux. Elle est tellement centrale qu'offrir toujours plus de services, et de meilleurs services, plus accessibles et plus continus, est devenu un objectif en soi.

Tous les groupes, aussi bien les associations professionnelles, les établissements, les

organismes communautaires que les syndicats, réclament des ressources financières additionnelles pour y parvenir. L'intention est louable, mais l'objectif, lui, est contestable puisqu'il perd de vue la raison d'être des services: résoudre les problèmes de santé et les problèmes sociaux de la population.

Cette dynamique entraîne trois conséquences qui ne contribuent certainement pas à garantir aux citoyens que les ressources investies sont utilisées de la façon la plus rationnelle possible. D'abord, il n'y a pas de limite à la quantité de ressources que l'on peut investir pour accroître continuellement l'accessibilité aux services, leur continuité et leur qualité; le seul obstacle demeure le manque d'argent. De plus, rien n'assure que cet accroissement de services contribue à résoudre davantage les problèmes de santé et les problèmes sociaux. Enfin, le réseau se perçoit comme le seul responsable des services de santé et des services sociaux à la population. Il oublie trop souvent la contribution des personnes, des familles, des communautés et des autres secteurs d'activité.

La seule façon d'enrayer ces conséquences, c'est de modifier la dynamique même du système et de l'orienter, cette fois-ci, en fonction des problèmes de santé et de bien-être à résoudre plutôt qu'en fonction des services à développer. Une telle orientation fait nécessairement appel à une connaissance épidémiologique appropriée de ces problèmes et à des actions dont les résultats attendus sont appuyés sur le plan scientifique.

Afin de recentrer le réseau sur des objectifs de résultats, le Ministre entend:

- **rendre publique dès avril 1991 une politique de santé et de bien-être qui énoncera:**

  . **des objectifs axés sur la réduction de problèmes spécifiques et sur les besoins de clientèles particulières;**

  . **les stratégies à privilégier et, parmi elles, la reconnaissance et le soutien de la contribution essentielle des personnes, des familles et des communautés;**

  . **les moyens jugés les plus efficaces pour les atteindre;**

- **créer un centre permanent d'enquête épidémiologique sanitaire et sociale ayant pour mandat d'effectuer des enquêtes sur l'état de santé et de bien-être de la population québécoise, en concertation avec les organismes concernés;**

- **utiliser la recherche comme un levier d'action important et, en conséquence:**

  . **augmenter la part du budget réservée à la recherche sociale;**

  . **accroître les efforts consentis en matière de recherche évaluative, clinique et épidémiologique;**

  . **doubler d'ici cinq ans et selon une progression continue la part du budget du réseau consacrée à la recherche, en l'augmentant de 0,4 à 0,8 % des dépenses;**

  . **augmenter le budget du programme de chercheurs-boursiers de la Régie de**

l'assurance-maladie du Québec de manière à ce qu'il atteigne 0,4 % de la rémunération totale payée par la Régie aux professionnels de la santé au cours de l'exercice précédent, comme le stipule la *Loi sur l'assurance-maladie du Québec*.

4.1.2 Allouer les ressources en fonction des populations à desservir et de la performance des établissements

La façon actuelle d'allouer les budgets est tout aussi contestable. D'année en année, les budgets des établissements sont reconduits et indexés sans même que l'on s'interroge sur leurs bases historiques et sans que la performance relative des établissements soit comparée.

Nos modes d'allocation sont encore basés sur la production de services, et non sur les besoins et les caractéristiques sociosanitaires des populations à desservir. Il en résulte que plus un territoire compte d'équipements et de producteurs de services, plus son budget est élevé.

L'attribution du «coût de système à la santé», qui consiste à relever de 1 % annuellement le budget de fonctionnement des centres hospitaliers, illustre fort bien ce phénomène. Les sommes allouées sont alors strictement déterminées par l'augmentation des services produits et par l'utilisation accrue de la haute technologie.

L'évolution du budget de la RAMQ constitue un autre exemple puisque ce budget dépend uniquement du nombre de médecins et du revenu moyen que l'État négocie avec ces derniers. Cette façon de faire n'est pas sans conséquence. Abstraction faite des ententes négociées avec les médecins, on aurait réalisé une économie de 100 millions de dollars pour la seule année 1990 si les dépenses du programme des services médicaux de la RAMQ avaient évolué depuis 1986 en fonction uniquement de la croissance et du vieillissement de la population plutôt que de l'augmentation du nombre de médecins.

De plus, l'allocation des ressources peut même implicitement encourager la déviance. Des sommes considérables ont été allouées par le Ministère à des établissements pour combler certains déficits sans que l'on évalue au préalable la performance de ces établissements dans l'utilisation des ressources déjà consenties.

Afin de corriger les lacunes actuelles des modes d'allocation de ressources, le Ministre entend graduellement:

- **en ce qui a trait aux régions,**
  - **allouer interrégionalement les ressources en fonction non pas du nombre et des caractéristiques des producteurs mais de la population à desservir;**
- **en ce qui a trait aux établissements,**
  - **établir une mesure de la performance des établissements et revoir en conséquence leurs bases budgétaires;**
- **en ce qui a trait aux médecins,**
  - **fixer un budget annuel fermé à la RAMQ pour couvrir le coût des services médicaux;**
  - **faire évoluer ce budget essentiellement en fonction des caractéristiques démographiques et de l'état de santé de la population,**

plutôt qu'en fonction du nombre de médecins et du revenu moyen négocié, comme c'est le cas actuellement.

4.1.3 Revoir périodiquement la gamme et l'étendue des services assurés

On est peu habitué à remettre en question les programmes qui constituent la gamme des services assurés. Pourtant, ces programmes coûtent parfois très chers, et rien n'assure les citoyens qu'ils atteignent leurs objectifs.

Le programme d'assurance-médicaments administré par la RAMQ a fait l'objet de nombreux commentaires en ce sens. S'il est vrai qu'il a permis aux personnes les plus démunies d'obtenir gratuitement les médicaments dont elles avaient besoin, il aurait cependant contribué à divers phénomènes de surconsommation et, parfois, d'abus. D'ailleurs, un grand nombre d'hospitalisations seraient occasionnées par l'abus ou une mauvaise utilisation des médicaments. En outre, des économies substantielles pourraient être réalisées si l'on diminuait de 1 % le rythme de croissance du taux annuel d'augmentation du coût moyen des médicaments par prescription (11,6 % de 1985 à 1989) ainsi que du nombre de prescriptions par bénéficiaire (4,14 % de 1985 à 1989).

Par ailleurs, le manque de coordination entre les départements de pharmacie et les départements cliniques des établissements engendre souvent un gaspillage de médicaments et de ressources. À l'inverse, les établissements qui ont procédé à une intégration plus étroite des fonctions pharmaceutiques et cliniques ont enregistré de nettes améliorations à ce chapitre. Le grand gagnant est l'usager.

Il est donc normal et légitime de s'interroger sur l'efficacité des programmes, sur leurs effets positifs ou négatifs, sur leur rythme de croissance, sur leur degré d'utilisation et sur leur pertinence au regard des besoins évolutifs de la population.

À cette fin, le Ministre entend:

- **procéder à la révision des différents programmes assurés;**

- **entreprendre dès l'an prochain l'examen du programme d'assurance-médicaments administré par la RAMQ;**

- **confier à cette fin au Conseil consultatif de pharmacologie l'analyse de l'utilisation et de la prescription des médicaments, particulièrement chez les personnes âgées;**

- **revoir les méthodes de fixation du prix des médicaments payé aux pharmaciens;**

- **renforcer la fonction clinique des départements de pharmacie en établissement et principalement dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée afin de prévenir l'usage abusif de médicaments;**

- **demander aux CLSC de développer des activités préventives en matière d'abus de médicaments par les personnes âgées, notamment celles vivant à domicile.**

4.1.4 Ramener l'accroissement du nombre de médecins à un rythme compatible avec l'évolution sociodémographique

On a vu que le nombre de médecins s'accroît au Québec trois fois plus vite que la population alors que le Québec est déjà la province canadienne la mieux pourvue de médecins, avec la Colombie-Britannique. Les coûts associés à la présence d'une main-d'oeuvre médicale excédentaire, qui augmente d'année en année, sont considérables.

Au Québec, trois catégories de médecins peuvent accéder à la pratique médicale: les gradués des facultés de médecine du Québec; les médecins diplômés à l'extérieur du Canada ou des États-Unis, qui sollicitent le statut d'immigrant ou de réfugié; les médecins spécialistes étrangers recrutés pour combler les besoins des régions éloignées ou pour procurer une expertise non disponible dans les universités québécoises.

Afin que l'accroissement du nombre de médecins suive le rythme de l'augmentation de la population et de l'évolution de ses caractéristiques sociosanitaires, le Ministre entend:

- **réduire, dès l'an prochain, le nombre d'entrées en faculté de médecine de 575 à 560 et réviser ensuite ce nombre à tous les deux ans;**

- **réduire, entre autres, les admissions des étudiants non-québécois de 94 à 79;**

- **réduire, à compter de 1991, le recrutement des médecins spécialistes étrangers de 28 à 20;**

- **réduire, à compter de 1993, le nombre de places de résidence pour les diplômés d'une faculté de médecine située à l'extérieur du Canada et des États-Unis de 35 à 16.**

4.1.5 Rendre la rémunération des médecins plus compatible avec la pratique en établissement

Le mode de rémunération à l'acte fait de plus en plus l'objet de remises en question, notamment parce qu'on y voit un incitatif à la production de services en nombre accru et toujours plus coûteux. Il faut toutefois convenir qu'il n'y a pas de mode de rémunération idéal, en mesure de satisfaire aux exigences de tous les milieux de pratique: cabinets privés et établissements; centres hospitaliers universitaires et CLSC.

On peut toutefois affirmer que ce mode de rémunération est incompatible avec l'accomplissement simultané des trois fonctions des centres hospitaliers universitaires, à savoir la prestation des services, l'enseignement et la recherche. Les fonctions d'enseignement et de recherche s'accommodent mal en effet du mode de rémunération à l'acte.

Des correctifs doivent donc être apportés au mode de rémunération des médecins qui pratiquent en centre hospitalier universitaire. Ils doivent permettre un meilleur équilibre dans l'accomplissement de l'ensemble des fonctions rattachées à cette pratique et l'adaptation du mode de rémunération aux différents milieux hospitaliers et universitaires du Québec. Afin de corriger ces lacunes, le Ministre entend:

- **procéder au plus tard le 1er avril 1992 à l'implantation de la rémunération à honoraires fixes pour tous les médecins pratiquant dans les centres hospitaliers universitaires;**

- **préciser les modalités d'implantation en collaboration avec les représentants de la Fédération des médecins spécialistes du Québec, du ministère de l'Enseignement supérieur et de la Science, des facultés de médecine et des centres hospitaliers universitaires;**

- **accorder aux facultés de médecine et aux centres hospitaliers universitaires un délai expirant le 1er avril 1992 pour convenir ensemble des modalités de partage des sommes perçues de la Régie de l'assurance-maladie du Québec, du ministère de l'Enseignement supérieur et de la Science ainsi que du Fonds de la recherche en santé du Québec.**

Ces modalités devront permettre à tous les médecins pratiquant dans les centres hospitaliers universitaires d'être rémunérés de façon plus compatible avec l'accomplissement des fonctions de prestation de services, d'enseignement et de recherche, dans le respect de l'usager.

4.1.6 Rationaliser l'implantation des technologies de la santé

Les technologies de la santé ont connu une véritable explosion au cours des deux dernières décennies. Elles ont entraîné des progrès considérables dans la prévention et le traitement de plusieurs maladies. La pratique médicale est aujourd'hui largement tributaire d'une panoplie de moyens technologiques complexes.

Mais le développement technologique, en plus des problèmes d'éthique qu'il soulève parfois, génère des coûts importants. Avant d'être diffusée, toute technologie doit donc avoir démontré son efficacité. On doit ensuite la rendre accessible et en favoriser l'utilisation rationnelle.

L'adoption de ces principes a amené la création du Conseil d'évaluation des technologies de la santé, qui conseille le Ministre sur les questions touchant l'introduction, la diffusion et l'utilisation des technologies.

Afin d'assurer une implantation rationnelle des technologies de la santé, le Ministre entend:

- **établir un plan de développement des équipements ultraspécialisés pour l'ensemble du Québec;**

- **demander à chaque instance régionale d'établir un plan triennal d'investissement dans la haute technologie;**

- **prendre les dispositions pour que tout appareil acquis par un établissement sans autorisation soit remis par le Ministère à un établissement dont le besoin est établi.**

4.1.7 Obliger le développement des achats en commun

Il en coûte annuellement 1,4 milliard de dollars pour acheter des produits qui sont consommés ou utilisés dans le réseau de la santé et des services sociaux. Or, les programmes d'achat en commun n'y sont développés qu'à 30 % de leur possibilité. La force du pouvoir d'achat et de négociation du réseau pourrait représenter des économies annuelles additionnelles de l'ordre de 50 millions de dollars.

Afin d'utiliser au maximum ce pouvoir d'achat, le Ministre entend:

- **confier aux régies régionales le mandat d'obliger la formation de groupes d'achat par les établissements;**

- **obliger les établissements à faire partie de ces groupes d'achat;**

- **instaurer un mécanisme provincial d'achat pour certains équipements ultraspécialisés.**

4.1.8 Freiner la multiplication des services

Le réseau de la santé et des services sociaux dispose actuellement de peu de moyens pour freiner la multiplication de services et pour empêcher le paiement de services dispensés à des personnes non admissibles aux régimes universels.

À l'heure actuelle, l'information relative à un usager, aux soins et aux services qu'il a reçus ou qu'il reçoit, est dispersée dans autant de dossiers qu'il y a d'établissements et de professionnels concernés. Plusieurs usagers doivent reprendre les mêmes examens et les mêmes tests de laboratoire simplement parce qu'on les envoie d'un établissement à un autre. Parfois, c'est le médecin qui prescrit un médicament à un patient sans savoir que celui-ci est déjà traité par un autre médecin.

La multiplication des actes renvoie aussi au fait que beaucoup d'examens et d'analyses sont uniquement destinés à protéger le médecin en cas de poursuite judiciaire.

Plusieurs facteurs limitent par ailleurs la capacité de recueillir les informations qui permettraient d'exercer un plus grand contrôle sur la quantité d'actes posés. Ainsi, l'identification des usagers ayant fait l'objet d'une intervention n'est pas toujours requise par la RAMQ; c'est notamment le cas pour certaines spécialités médicales rémunérées à l'acte ou à l'unité et pour les médecins rémunérés à honoraires fixes tels que le salariat et la vacation. On ne dispose pas alors de l'information nécessaire pour empêcher la multiplication des actes qui résulte de la circulation des patients ou de médecins des cabinets privés aux établissements, d'une part, et d'un établissement à un autre, d'autre part.

De plus, la rémunération à l'acte ou à l'unité apparaît particulièrement mal adaptée à l'exercice en établissement de certaines spécialités médicales dont l'intervention s'inscrit à l'intérieur d'un épisode de soins déjà en cours, à la demande du médecin traitant.

Enfin, des personnes qui ne résidaient pas au Québec ont eu accès au régime universel d'assurance-maladie en utilisant frauduleusement la carte d'assurance-maladie.

Pour éviter ces pratiques, le Ministre entend:

- **exiger l'identification des citoyens pour la facturation des actes produits par les radiologistes, les anatomopathologistes, les microbiologistes, les biochimistes médicaux, les spécialistes en médecine nucléaire et les hématologistes ainsi que pour tous les électrocardiogrammes et les électroencéphalogrammes;**

- **favoriser l'emploi de l'électronique pour la facturation de ces actes médicaux à la RAMQ;**

- **exiger un rapport d'activités pour tout médecin rémunéré à honoraires fixes;**

- **créer un comité composé de représentants des fédérations médicales, de la Corporation professionnelle des médecins du Québec, des associations d'établissements concernées et du ministère de la Santé et des Services sociaux pour examiner la pertinence et la faisabilité de la mise en place:**

  . **soit d'un fonds de compensation des dommages subis par les usagers qui seraient consécutifs à l'utilisation des services médicaux et hospitaliers;**

  . **soit d'une assurance-responsabilité pour les médecins entièrement financée par l'État;**

- **évaluer les résultats de l'expérience en cours concernant l'utilisation d'une carte électronique à microprocesseur intégré et, s'il y a lieu, généraliser son utilisation en l'appliquant à la carte d'assurance-maladie.**

Cette «carte-santé» permet d'inscrire en mémoire des renseignements sur l'état de santé de l'usager, les services qu'il utilise ou ceux dont il a besoin. Ces renseignements sont acheminés d'un professionnel à un autre directement par le bénéficiaire qui conserve sa carte. En plus de constituer un instrument de suivi essentiel, l'introduction de la carte-santé contribuera à limiter la multiplication ou la répétition inutile de tests, d'examens ou d'ordonnances.

La Commission d'accès à l'information a été associée aux travaux en cours de manière à ce que l'instauration éventuelle de cette carte prémunisse l'usager contre toute atteinte à la confidentialité des données mémorisées à son sujet.

Afin d'éviter que des personnes non admissibles profitent des avantages du régime québécois, le Ministre entend:

- **empêcher les établissements et les professionnels de la santé d'utiliser une carte d'assurance-maladie dont la date d'échéance serait dépassée;**

- **demander à la RAMQ de s'assurer, avant d'émettre ou de renouveler une carte d'assurance-maladie, de l'admissibilité de la personne au régime québécois;**

- **demander à la RAMQ d'émettre une carte d'assurance-maladie avec la photographie de la personne détenant cette carte et avec un spécimen de sa signature.**

4.1.9 Proscrire les pratiques de double rémunération de la main-d'oeuvre médicale

Il arrive que des établissements désireux de s'associer des médecins accordent à ces derniers des rémunérations ou autres avantages monétaires en sus des honoraires qu'ils retirent de la RAMQ. Sans être généralisée, cette pratique serait plus répandue qu'on ne le croit.

Afin de réitérer aux établissements que ces pratiques sont interdites, le Ministre entend:

- **couper les budgets des établissements délinquants d'un montant équivalent à celui versé aux médecins concernés;**

- **suspendre le versement à ces établissements des crédits destinés au développement technologique;**

- **faire réduire par la RAMQ les honoraires dus aux médecins concernés d'un montant équivalent aux sommes obtenues des établissements.**

4.1.10 Rationaliser l'activité des laboratoires publics et privés

La personne qui se soumet à des examens diagnostiques ou à des tests de dépistage est en droit de s'attendre à ce que ces tests soient justifiés. De plus, les résultats d'analyses doivent être absolument fiables. Pour ce faire, la prescription du médecin doit contenir des indications précises. En aval, le laboratoire doit répondre à des standards de qualité reconnus.

Le recours aux tests et aux examens a connu une forte progression ces dernières années, pour plusieurs raisons: la propension à s'appuyer davantage sur les résultats obtenus par des moyens technologiques que sur l'examen clinique; le développement technologique; l'augmentation des pathologies multiples chez les personnes âgées, le peu de règles de soins et d'utilisation de ressources pour les médecins; la rémunération à l'acte.

Quant au contrôle de la qualité des analyses, il comporte des lacunes. Les établissements publics ne détiennent aucun permis spécifique pour exploiter un laboratoire. Ils sont libres de se soumettre à des mécanismes de contrôle de compétence et de qualité des analyses. S'il le font, ils ne sont pas tenus de donner suite aux conclusions de ces évaluations. Plusieurs négligent de se soumettre aux inspections de radioprotection requises par la *Loi sur la protection de la santé publique*.

Les laboratoires privés sont invités à se plier à des contrôles de qualité pour l'obtention de leur permis; les centres de prélèvements contournent cette obligation, n'étant couverts par aucune loi.

Par ailleurs, en biochimie, la Société québécoise de biochimie clinique offre un service de contrôle de qualité. En microbiologie, le Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ) fait de même, mais gratuitement. En anatomopathologie et en hématologie, le contrôle demeure un processus interne à la profession médicale. En imagerie, des physiciens s'occupent de radioprotection.

Afin de rationaliser l'activité des laboratoires, le Ministre entend donc:

- **obliger tout laboratoire, qu'il soit public ou privé, à se soumettre à des contrôles externes de qualité;**

- **confier au Laboratoire de santé publique du Québec le mandat suivant:**

  . **élaborer et implanter un système de contrôle de qualité des laboratoires de biologie médicale;**

  . **faire les recommandations aux laboratoires de biologie médicale sur les améliorations à apporter;**

  . **soumettre un rapport au Ministre sur les situations qui représentent une déviation grave ou chronique par rapport aux normes édictées;**

  . **émettre un permis d'exploitation aux laboratoires privés qui sera fonction du consentement du laboratoire à se soumettre à des contrôles de qualité, notamment en ce qui a trait à la qualité des résultats;**

- **demander à la Corporation professionnelle des médecins du Québec d'établir pour ses membres des règles relatives à la prescription d'examens de laboratoire.**

4.2. Des citoyens qui doivent assumer le coût des services

La gratuité des services est une illusion. Les citoyens paient pour les services qu'ils consomment. Toutefois, les modes de paiement comportent des différences notables selon que la facture est réglée par l'individu ou la collectivité.

Le Québec a, depuis vingt ans, privilégié le financement collectif, plus équitable socialement. C'est dans cette voie que le Gouvernement veut continuer aujourd'hui et la vaste majorité des citoyens consommateurs également. Mais pour atteindre ses objectifs budgétaires, l'État québécois doit trouver des revenus additionnels à court terme tout en préservant l'équité, forcé qu'il est de compenser le désengagement financier du gouvernement fédéral. À moyen terme, il compte sur l'impact des mesures d'efficience, afin que les citoyens puissent tirer le meilleur profit possible de leur réseau de services.

Afin d'obtenir ces revenus additionnels, le Gouvernement entend:

- **instaurer un impôt-services sur les programmes complémentaires d'assurance-médicaments, de services dentaires, de services optométriques et de services d'orthèse et de prothèse, basé sur les modalités suivantes:**

  - **l'ajout au revenu imposable des contribuables du coût des services obtenus dans l'année écoulée;**

  - **l'application d'un taux d'impôt sur le coût des services reçus;**

  - **la limitation du montant ainsi perçu à un pourcentage à déterminer du revenu imposable des particuliers.**

Cette façon de procéder permettra de maintenir la gratuité pour les personnes qui n'ont aucun revenu imposable, c'est-à-dire les bénéficiaires de l'aide sociale et les personnes âgées qui reçoivent le maximum du supplément de revenu garanti. Pour les autres, la contribution sera fonction du revenu et des services reçus, sans dépasser un seuil maximal correspondant à 2 % ou 3 % du revenu imposable.

Cet impôt-services devrait rapporter un montant d'environ 100 millions de dollars par année. L'effort ainsi consenti aurait été mieux réparti si l'on avait pu prélever cette somme dans les programmes de base plutôt que dans les programmes complémentaires, destinés à des clientèles déterminées.

Toutefois, la *Loi canadienne sur la santé* interdit d'appliquer un tel impôt aux services médicaux et hospitaliers sous peine d'une diminution des transferts fédéraux équivalente aux montants perçus en vertu de cet impôt. Le Ministre demandera que la loi fédérale soit amendée.

Soulignons que, même en appliquant cet impôt sur les services, le Québec demeure en tête de file pour ce qui a trait à la couverture des programmes complémentaires au Canada. Aucune province ne tient systématiquement compte de la capacité de payer des contribuables et

certaines provinces ne fixent aucune limite à la contribution exigée.

Le citoyen doit par ailleurs être sensibilisé aux coûts des services de santé et des services sociaux de toute nature qu'il reçoit. Cette sensibilisation vise à corriger dans les faits l'illusion de la gratuité et, en même temps, à faire prendre conscience du coût et de la valeur des services reçus. À cette fin, le Ministre entend:

- **faire contresigner par l'usager les feuillets de facturation utilisés par les professionnels en cabinet privé pour le remboursement de leurs honoraires par la RAMQ;**

- **faire parvenir à chaque citoyen un rapport annuel cumulatif du genre et du coût des services reçus durant l'année écoulée en cabinet privé et dans les établissements du réseau.**

CONCLUSION

Les Québécoises et les Québécois ont plusieurs fois exprimé leur satisfaction à l'endroit de leur système de santé et de services sociaux. Instauré il y a seulement vingt ans, il est pour une part responsable de l'amélioration sensible de l'état de santé et de bien-être de la population québécoise constatée au cours de cette période. Son implantation s'est caractérisée par la levée des barrières financières: tous les citoyens, sans distinction, ont pu avoir accès à des services de qualité. Au cours des deux dernières décennies, tous en conviennent, le Québec s'est doté d'un système de services équitable, à un coût considéré jusqu'à maintenant comme relativement raisonnable par la collectivité.

Notre système se heurte pourtant à des difficultés diverses. Au regard de son financement, la question de l'efficience des services se pose avec acuité, en même temps que des correctifs importants apparaissent nécessaires afin de réconcilier les intérêts du citoyen consommateur de services et ceux du citoyen payeur. Et peut-être encore est-il plus urgent, tout en préservant les principales caractéristiques de ce système, d'orienter tous les efforts pour accroître sa capacité d'adaptation. C'est dans ce contexte qu'il faut comprendre les modifications importantes que le Gouvernement apporte à l'architecture et aux règles générales de fonctionnement du réseau de la santé et des services sociaux.

Ces modifications, pour l'essentiel, s'inscrivent parfaitement dans les grands courants internationaux en matière de santé et de bien-être. En effet, plusieurs pays de l'OCDE s'interrogent sur leur système de santé et de services sociaux. Ceux qui ont complété leur analyse s'orientent tous vers les objectifs suivants:

- **placer le citoyen au centre du système;**
- **orienter la gestion du système en fonction d'objectifs visant à régler des problèmes de santé et de bien-être;**
- **procéder à une décentralisation de certaines responsabilités et fonctions aux niveaux régional et local;**
- **miser sur la contribution d'autres secteurs d'activité qui ont un impact sur la santé et le bien-être;**
- **s'assurer que les ressources investies sont utilisées de façon efficiente et que les citoyens en ont pour leur argent.**

La réforme de la santé et des services sociaux mise à fond sur ces objectifs qui feront en sorte que les usagers, c'est-à-dire les citoyens et les citoyennes du Québec auront de meilleurs services et un système de santé et de services sociaux encore plus performant.

COMPOSITION DES CONSEILS D'ADMINISTRATION

CATÉGORIES DE MEMBRES	MODES DE DÉSIGNATION	CLSC	CENTRES HOSPITALIERS, CENTRES D'HÉBERGEMENT ET DE SOINS DE LONGUE DURÉE AYANT PLUS DE 50 LITS DE SOINS GÉNÉRAUX ET SPÉCIALISÉS	CENTRES D'HÉBERGEMENT ET DE SOINS DE LONGUE DURÉE	CENTRES DE PROTECTION DE L'ENFANCE ET DE LA JEUNESSE ET CENTRES DE RÉADAPTATION POUR JEUNES EN DIFFICULTÉ D'ADAPTATION ET CENTRES DE RÉADAPTATION POUR JEUNES MÈRES EN DIFFICULTÉ D'ADAPTATION	CENTRES DE RÉADAPTATION
Représentants de la population	Élection lors de l'assemblée annuelle	5	4	4	4	4
Personnel	Désignation par le personnel concerné	3	3	3	3	3
Comité d'usagers	Nomination (un membre seulement dans le cas des centres hospitaliers ayant plus de 10 % de lits de soins de longue durée)	-	2	2	2	2
Corporation propriétaire (le cas échéant)	Nomination	-	3	3	3	3
Fondation (le cas échéant)	Nomination	1	1	1	1	1
Milieu universitaire	Nomination d'un membre représentant l'enseignement et d'un autre représentant de la recherche	(2)	(2)	(2)	(2)	(2)
Milieu scolaire	Nomination	-	-	-	1	(1)
Milieu de la justice	Nomination	-	-	-	1	-
Membres cooptés	Cooptation	2	2	2	2	2
Directeur général	Membre d'office	1	1	1	1	1
TOTAL MAXIMUM		12	16	16	18	16

ANNEXE 1

COMPOSITION DES ASSEMBLÉES RÉGIONALES

RÉGION	REPRÉSENTANTS DES ÉLUS (20 %)	GROUPES SOCIO-ÉCONOMIQUES (20 %)	POPULATION/USAGERS, ÉTAB. (40 %)	MEMBRES C.A. ORG. COMM. (20 %)	TOTAL (100 %)
01 Bas St-Laurent	16	16	32	16	80
02 Saguenay-Lac St-Jean	14	14	28	14	70
03 Québec	24	24	48	24	120
04 Mauricie-Bois Francs	20	20	40	20	100
05 Estrie	14	14	28	14	70
06 Montréal-métro	30	30	60	30	150
07 Outaouais	18	18	36	18	90
08 Abitibi-Témiscamingue	12	12	24	12	60
09 Côte-Nord	12	12	24	12	60
10 Grand-Nord (1)	—	—	—	—	—
11 Gaspésie-Iles de la Madeleine	12	12	24	12	60
12 Chaudière-Appalaches	22	22	44	22	110
13 Laval	12	12	24	12	60
14 Lanaudière	12	12	24	12	60
15 Laurentides	16	16	32	16	80
16 Montérégie	30	30	60	30	150

(1) A déterminer avec les Cris et les Inuit

ANNEXE 2 - A

COMPOSITION DES ASSEMBLÉES RÉGIONALES

# RÉGION (POPULATION)	LA REPRÉSENTATION DES ÉLUS	TOTAL
01 Bas St-Laurent (210 834)	2 par MRC x 8 MRC	16
02 Saguenay-Lac St-Jean (285 457)	. Saguenay : 6 MRC Fjord du Saguenay : 6 . Lac St-Jean : 2 par MRC x 3 MRC : 6 + 2 Chapais, Chibougamau :	14
03 Québec (586 306)	2 par MRC x 6 MRC : 12 + 12 CUQ (Communauté urbaine de Québec) :	24
04 Mauricie-Bois Francs (453 813)	2 par MRC x 10 MRC :	20
05 Estrie (257 755)	2 par MRC x 7 MRC :	14
06 Montréal-métro (1 752 582)	30 CUM (Communauté urbaine de Montréal) :	30
07 Outaouais (256 795)	3 par MRC x 3 MRC : 9 + 9 CRO (Communauté régionale de l'Outaouais) :	18
08 Abitibi-Témiscamingue (146 770)	2 par MRC x 5 MRC : 10 + 2 : Baie James, Lebel, Matagami :	12
09 Côte-Nord (104 598)	2 par MRC x 5 MRC : 10 + 2 : Municipalité Basse Côte-Nord :	12
10 Grand-Nord (36 112)	À déterminer	
11 Gaspésie-Iles de la Madeleine (112 455)	2 par MRC x 6 MRC :	12
12 Chaudière-Appalaches (356 768)	2 par MRC x 11 MRC :	22
13 Laval (284 164)	12 par MRC x 1 MRC :	12
14 Lanaudière (279 014)	2 par MRC x 6 MRC :	12
15 Laurentides (320 701)	2 par MRC x 8 MRC :	16
16 Montérégie (1 096 282)	2 par MRC x 15 MRC :	30

ANNEXE 2 - B